

PD-ABQ-925

99430

**EVALUACIÓN INTERMEDIA DEL
PERÍODO DE EJECUCIÓN DEL
PROYECTO III DEL SECTOR PRIVADO
SOBRE POBLACIÓN**

POPTECH Informe No 98-142-072
Septiembre de 1998

por

Jack Reynolds

Preparado para

U S Agency for International Development
Bureau for Global Programs
Office of Population
Contrato No CCP-3024-Q-00-3012
Proyecto No 936-3024

Revisado y producido por

Population Technical Assistance Project
1611 North Kent Street, Suite 508
Arlington, VA 22209 USA
Telefono 703/247-8630
Fax 703/247-8640
Correo electronico poptech@bhm.com

A

Las observaciones, conclusiones y recomendaciones que se incluyen en el presente documento pertenecen exclusivamente a los autores y no representan los puntos de vista ni las opiniones de POPTECH, BHM International, The Futures Group International, ni del personal de estas organizaciones

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	iii
ABREVIATURAS	v
RESUMEN EJECUTIVO	vii
RECOMENDACIONES	xiii
1 INTRODUCCIÓN	1
1 1 Visión general del Proyecto III del Sector Privado sobre Poblacion (PSP III)	1
1 2 Finalidad de la evaluación	2
1 3 El contexto demográfico, economico, político y social del proyecto	3
1 4 Alcance de trabajo de la evaluacion y composicion del equipo	4
1 5 Metodología	6
2 RESUMEN DE LOS LOGROS DEL PROGRAMA	9
2 1 Resultado intermedio 3 1 "Mayor uso de servicios de salud reproductiva, incluida la planificacion familiar"	9
2 2 Puntos de referencia de ASHONPLAFA	10
2 3 Otros logros	11
2 4 Limitaciones de los logros	12
3 SOSTENIBILIDAD	15
3 1 Visión general de los hallazgos	15
3 2 Preguntas y respuestas	17
4 LOGRO DE APP'S	37
4 1 Vision general de los hallazgos	37
4 2 Preguntas y respuestas	37
5 SISTEMAS DE APOYO	53
5 1 Vision general de los hallazgos	53
5 2 Preguntas y respuestas	53
6 LECCIONES APRENDIDAS	65
7 DIRECCIONES FUTURAS	69

7 1	Mecanismos de financiamiento para un proyecto de seguimiento	69
7 2	Estrategia propuesta para incrementar el uso de anticonceptivos en la zonas rurales	70

APÉNDICES

Alcance del trabajo	A-1
Bibliografía	B-1
Contactos	C-1
Tablas	D-1

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece al personal central y de campo de ASHONPLAFA por su apertura, asistencia y apoyo. El autor agradece también de manera especial a Juanita Martínez, German Cerrato, Suyapa Pavon y Daisy Cruz por su paciencia al responder a las múltiples solicitudes de información y datos complementarios. Todos ellos hicieron mucho más fácil la labor del autor.

ABREVIATURAS

ASCH	Asociación <i>Save the Children</i> , Honduras
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación de la Familia
AT	Alcance del trabajo
APP	Años-Protección Pareja
CAP	Conocimientos, Aptitudes y Prácticas
CESAMO	Centro de Salud con Médico
CESAR	Centro de Salud Rural
CSMI	Clínica de Salud Materno-infantil
DIEP	División de Investigación, Evaluación y Planificación
DINCO	División de Información y Comunicación
DIU	Dispositivo Intrauterino
EESF	Encuesta de Epidemiología y Salud de la Familia
ERA	Examen de resultados anuales
GC	Garantía de Calidad
IAPP	Índice de Años-Protección Pareja
IEC	Información, Educación y Comunicación
IHSS	Instituto Hondureño de la Seguridad Social
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia
MANDOFER	Compañía farmacéutica local
MS	Ministerio de Salud
OE	Objetivo Estratégico
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPMS	Organización Panamericana de Mercadeo Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OVP	Organizaciones Voluntarias Privadas
PDGPF	Proyecto de Desarrollo de Gestión de la Planificación Familiar
PDLM	Programa para el Desarrollo de Lactancia y Mujeres
PLAN	Foster Parents Plan International
PMS	Programa de Mercadeo Social
PMSC	Proyecto de Mercadeo Social para el Cambio
POPTech	PROYECTO DE ASISTENCIA TÉCNICA SOBRE POBLACION
PPS	Punto de Prestación de Servicios
PSC	Programa de Servicios Comunitarios
PSM	Programa de Servicios Médico/Clínicos
PSP III	Proyecto III del Sector Privado sobre Población
RI	Resultado Intermedio
RI	Recuperación de la Inversión
SAC	Sistema de Administración Clínica
SCC	Sistema de Control de Costos

SCI	Sistema de Control de Inventario
SIES	Sistema Integrado de Estadísticas de Servicios
SIG	Sistema de Información Gerencial
TUA	Tasa de Uso de Anticonceptivos
AT	Asistencia Técnica
TTF	Tasa Total de Fecundidad
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Poblacion
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional
EV	Esterilización Voluntaria

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

El Proyecto III del Sector Privado sobre Población (PSP III), puesto en práctica por la Asociación Hondureña de Planificación de la Familia (ASHONPLAFA), se inició en septiembre de 1995 y su culminación está pautada para diciembre del año 2000. Esta evaluación a mediados del período de ejecución del proyecto tiene la intención de dar respuesta a una serie de interrogantes planteados durante el Alcance del trabajo (AT) y que se centran en su doble objetivo de autofinanciamiento y prevalencia de anticonceptivos. Para finales del año 2000, se prevé que ASHONPLAFA logrará incrementar su autofinanciamiento a un nivel equivalente al 63 por ciento de sus costos totales, asimismo, se espera que el uso de anticonceptivos en el país alcance el 54,6 por ciento.

ASHONPLAFA cuenta con seis centros regionales, cada uno de los cuales está dotado de una clínica que presta una amplia gama de servicios de salud reproductiva, siete clínicas satélite que prestan servicios de planificación familiar, un programa de servicios comunitarios encargado de vender condones y píldoras anticonceptivas en los 1 600 puestos y, además, se encarga de promover los servicios clínicos, y un programa de mercadeo social que comercializa condones y píldoras de marcas específicas.

La evaluación se llevó a cabo durante un período de seis semanas en mayo y junio de 1998, durante este mismo período se emprendió una evaluación del Proyecto II del Sector de la Salud.

Logros del programa

En los gráficos que se muestran en la siguiente página se presenta un resumen de los logros de ASHONPLAFA, incluida una proyección para 1998. Dado que el uso de anticonceptivos no puede medirse cada año, se utiliza el índice de años-pareja de protección (APP's) como sustituto durante los años intermedios.

ASHONPLAFA ha mostrado un buen desempeño en términos de autofinanciamiento, existen muchas posibilidades de que sobrepase la meta del proyecto en 1998. Sin embargo, el desempeño de la Asociación no ha sido muy positivo en cuanto a sus logros a nivel de APP's. El número total de años-pareja de protección disminuyó en 1996 y 1997, pero gracias al éxito reciente del Programa de Mercadeo Social, el número de años-pareja de protección debería aumentar en 1998. No obstante, el número total de años-pareja de protección será todavía equivalente sólo al 64 por ciento del objetivo inicial y al 83 por ciento del objetivo modificado. Este descenso no se debe a la competencia externa ni a la falta de demanda, sino a la

incompatibilidad de dos objetivos las estrategias de reducción de costos diseñadas para incrementar el autofinanciamiento y la necesidad de aumentar los logros en cuanto a APP's

ASHONPLAFA ha mostrado igualmente un desempeño muy bueno en lo relativo a sus logros respecto de los resultados intermedios El examen de resultados anuales (ERA) de noviembre 1997 mostró que el 37,5 por ciento de los 46 resultados intermedios no se alcanzaron o no se sobrepasaron De los 8,5 que no se alcanzaron, todos salvo dos se han alcanzado desde entonces Por ende, aunque ASHONPLAFA muestre un desempeño muy positivo a muchos niveles, no logra incrementar al mismo tiempo su autofinanciamiento ni ampliar sus servicios de planificación familiar La brecha principal que no se está alcanzando es la ampliación de los servicios a las zonas rurales

Sostenibilidad

ASHONPLAFA alcanzó el 50 por ciento de autofinanciamiento a finales de 1997 Las cifras del primer trimestre de 1998 muestran que la asociación se encuentra ahora a un nivel del 76 por ciento de autofinanciamiento Ese porcentaje puede disminuir durante el año ya que se prevén algunos gastos importantes Sin embargo, este incremento constituye aún un logro notable Esta mejora responde a varios factores una nueva dirección y una nueva cultura institucional que utiliza un enfoque empresarial en sus actividades, un incremento sorprendente en materia de ventas de mercadeo social que probablemente se sostendrá, la incorporación de "servicios diversificados" destinados a atraer a los clientes de la clase media, un incremento en los precios de los servicios, reducciones en los costos de cualquier manera posible sin afectar la calidad, y reducciones de personal a todos los niveles

El personal gerencial de ASHONPLAFA, a todos los niveles, continúa su búsqueda de nuevas maneras de reducir los costos y aumentar los ingresos Se puede esperar, con toda razón, que continúen teniendo éxito Sin embargo, existe un problema en el hecho de que el proyecto hace hincapié en el autofinanciamiento en lugar de la sostenibilidad de los servicios o el uso de anticonceptivos A este enfoque hacia los insumos debería superponerse un enfoque hacia los resultados que sirva de guía a las decisiones en materia de costos e ingresos

Logros en cuanto a APP's

Los logros en cuanto a APP's disminuyeron en un 17 por ciento en 1996 y otro 9 por ciento en 1997 En lo que va de 1998, han aumentado en un 9 por ciento Esta recuperación se debe en gran medida al Programa de Mercadeo Social (PMS), el cual se prevé que alcanzará una cifra de 40 000 en cuanto a APP's este año, lo cual equivale a un incremento del 175 por ciento con respecto a 1997 Un ingreso de este tipo dará al PMS ventaja sobre el Programa de Servicios

Comunitarios (PSC) colocándolo en el segundo lugar en cuanto a logros relativos a APP's. El principal generador de APP's continua siendo el Programa de Servicios Médicos/Clínicos (PSM). Éste ha originado igualmente la mayor parte de la disminución de los APP's desde 1995. Esto responde al descenso del número de esterilizaciones voluntarias (EV) e inserciones de DIU, ambos procedimientos médicos/clínicos. En 1995, estos dos métodos alcanzaron una cifra total de 128,000 a nivel de APP's, en 1997, sólo alcanzaron 93,000, es decir un 97 por ciento de la diferencia en APP's correspondiente estos años.

Existen tres factores que parecen responder a este descenso: 1) aumento en precios, 2) disminución de la promoción y 3) reducciones a nivel del transporte de las mujeres de las zonas rurales a las clínicas. El primer factor produjo una reducción en la demanda. Los otros dos factores, cada uno de los cuales conllevó una reducción en la oferta, contribuyeron a lograr mejoras a nivel del autofinanciamiento pero se tradujeron en una reducción de los logros en cuanto a APP's. Si se desea alcanzar un aumento a nivel de APP's, deberán tomarse las medidas necesarias para lograr que las EV y los DIU sean más accesibles para la gente pobre, para los que no tienen educación y para las mujeres de las zonas rurales donde la necesidad es mayor. ASHONPLAFA no puede asumir algo así. Si lo intenta, pondrá en peligro sus objetivos de autofinanciamiento.

Sistemas de apoyo y otros asuntos

Se solicitó al equipo de evaluación que examinara varios otros asuntos, incluidos el sistema de información gerencial y los estudios de investigación y evaluación.

Se observó que el sistema de información gerencial y los estudios de investigación y evaluación eran excelentes. Todos se han mejorado significativamente y están en demanda toda vez que la nueva cultura corporativa hace gran hincapié en la utilización de los datos para la toma de decisiones.

La oportunidad de ASHONPLAFA de convertirse en distribuidora del condón VIVE (del proyecto regional de la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) de la USAID) para la prevención del VIH/SIDA constituye una seria amenaza a la sostenibilidad general de ASHONPLAFA y sus planes de subsidio cruzado de los servicios esenciales de planificación familiar en las zonas rurales. El equipo de evaluación está decididamente en contra de esta acción.

Lecciones aprendidas

De la presente evaluación se desprenden ocho generalizaciones

- 1 La "autosuficiencia financiera" y los incrementos en los "logros en cuanto a APP's" son objetivos mutuamente incompatibles
- 2 Si el objetivo es afectar los insumos, entonces los resultados serán una inquietud secundaria
- 3 La diversificación de los servicios aumentará los ingresos mas no necesariamente el uso de anticonceptivos (ni los APP's)
- 4 Puede atraerse a los clientes de la clase media a las clínicas de planificación familiar
- 5 La competencia de objetivos políticos entre los donantes puede perjudicar el programa
- 6 Cuando los gerentes toman decisiones sobre la base de los datos y la razon, entonces la solicitud y el uso de los datos por parte del personal aumentara
- 7 Los incentivos económicos pueden ser motivadores eficaces, incluso en las organizaciones no gubernamentales
- 8 La reducción de los costos no es tan importante como el incremento de las ganancias

Direcciones futuras

Si se crea un proyecto de seguimiento, y el equipo estima que se justifica su creación, entonces se debería diseñar un mecanismo de financiamiento que permita a ASHONPLAFA gozar de la mayor independencia posible. La Asociación necesita aprender a tomar sus propias decisiones, a asumir la responsabilidad de sus actos y a ocuparse de sí misma. La USAID puede disminuir ahora su participación en la gestión diaria mediante la reducción de los resultados intermedios al mínimo, la limitación de la rendición de cuentas y la reducción al mínimo de los requisitos de concurrencia.

El equipo desea sugerir igualmente que se libere a ASHONPLAFA de sus responsabilidades rurales de manera que pueda concentrarse en sus clínicas urbanas y en el Programa de Mercadeo Social. De adoptar esta estrategia, ASHONPLAFA tiene muchas posibilidades de llegar a ser plenamente autosuficiente.

Es necesario diseñar un proyecto rural especial. En el Capítulo 7 se describe una estrategia para crear una asociación complementaria entre el Programa de Servicios Comunitarios de ASHONPLAFA (tal vez iniciado como un proyecto o asociación separada), las recientemente financiadas organizaciones voluntarias privadas (OVP) y los Centros de Salud Materno-infantil del MS. Mediante la combinación de recursos y la selección de sitios que muestren una demanda significativa no satisfecha y tengan grandes probabilidades de tener éxito, la USAID puede realizar un valioso aporte en cuanto al aumento del uso de anticonceptivos en Honduras.

RECOMENDACIONES

Sostenibilidad

- 1 Si la descentralización de la autoridad es una meta aceptada, entonces la ASHONPLAFA debería dar pasos concretos para desplazar hacia las regiones la autoridad necesaria para funciones tales como planificación, elaboración de presupuestos, personal, compras y vigilancia
- 2 El convenio USAID-ASHONPLAFA debería darle a ASHONPLAFA mayor flexibilidad para planificar y ejecutar su propio programa, asignando mayor importancia al logro de los resultados y menos a los insumos y actividades detallados
- 3 ASHONPLAFA debería emprender un programa de desarrollo gerencial para todos los gerentes superiores, incluidos los jefes regionales, además de las oportunidades de adiestramiento regulares que se han planificado
- 4 ASHONPLAFA debería elaborar un plan maestro para dotarse de personal que especifique el número y tipo de personal que será empleado a los niveles de clínicas, regional y central, y diseñar los mecanismos más eficientes para hacerlo
- 5 ASHONPLAFA debería hacer hincapié en las reducciones de costo al nivel central y en la generación de costos a nivel de programa. Deberían fomentarse los servicios comunitarios y clínicos y ayudarlos para que aumenten su clientela
- 6 ASHONPLAFA debería continuar ampliando sus servicios de salud reproductiva al mayor número posible de clínicas. Debería considerarse seriamente la atención materna o los centros sencillos, que requieran poca tecnología, para atender partos
- 7 ASHONPLAFA debería recordar a su personal continuamente que considere a todos sus clientes como clientes potenciales de los servicios de planificación familiar y que les ofrezca información y ayuda adecuada sobre planificación familiar
- 8 ASHONPLAFA debería continuar remodelando y mejorando todas sus clínicas regionales y satélites
- 9 ASHONPLAFA debería continuar sus actividades promocionales en las zonas urbanas, especialmente entre clientes potenciales de clase media, para superar su problema de imagen y para informar a la gente de la gama más amplia de servicios de salud que presta ahora

- 10 ASHONPLAFA debería examinar la factibilidad de establecer numerosas clínicas satélites, especialmente en zonas urbanas, donde hay mayores probabilidades de atraer clientes de clase media
- 11 ASHONPLAFA debería considerar la reorientación de su estrategia de autofinanciamiento para concentrarse en el sostenimiento de resultados críticos de planificación familiar y salud reproductiva, y no en los insumos

Logros en cuanto a APP's

- 1 ASHONPLAFA debería seguir promoviendo sus servicios de salud reproductiva, en especial la esterilización y los dispositivos intrauterinos entre mujeres de clase media y de la ciudad
- 2 ASHONPLAFA tiene que encontrar formas de servir a las mujeres del campo y a las de bajos ingresos si se quieren aumentar significativamente los años protección pareja. El enfoque más directo sería rebajar los precios para los servicios a esas mujeres y suministrar a las clínicas más medios de transporte y de promoción
- 3 ASHONPLAFA debería vigilar las repercusiones que tiene el sistema de riesgo compartido sobre las pérdidas y las ganancias y sobre la generación del APP's, especialmente para los servicios médicos y clínicos de Tegucigalpa y de San Pedro Sula
- 4 El Programa de Mercadeo Social debería seguir tal cual está desde el punto de vista organizativo, dentro de ASHONPLAFA, como un complemento a otros esfuerzos de venta y al Programa de Servicios Comunitarios
- 5 El desarrollo ulterior del Programa de Mercadeo Social debería continuar con la introducción de los DIU, productos que no sean de planificación familiar, y posiblemente, anticonceptivos inyectables
- 6 La USAID debería hacer todos los esfuerzos posibles para eliminar, o al menos minimizar, la competencia no intencional con Programas de Mercadeo Social de otros programas financiados por la USAID
- 7 Si el aumento del uso de anticonceptivos es una prioridad en las áreas rurales, ASHONPLAFA necesitaría invertir en promoción y servicios para los pobres del campo. Habría que suministrar vehículos y equipo promocional a los promotores de salud reproductiva, de manera que puedan visitar las zonas rurales y llevar a cabo sus actividades de educación e información. También hay que hacer arreglos bien sea para

llevar los servicios de planificación familiar y salud reproductiva a las comunidades o para llevar los clientes a las clínicas. Deben identificarse y estudiarse fuentes alternativas de financiamiento, aunque se cuente con financiamiento especial de la USAID

- 8 La USAID debería estructurar los subsidios a organizaciones privadas de desarrollo para optimizar la colaboración entre las OPD, ASHONPLAFA y el Ministerio de Salud, de tal forma que cada uno aporte lo que sabe hacer mejor en cuestiones de servicios de planificación familiar a la población destinataria de las OPD

Sistemas de apoyo y otros asuntos

- 1 ASHONPLAFA debería continuar mejorando y simplificando sus diferentes sistemas de información para la gerencia. Debería darse adiestramiento en datos anticipados para la toma de decisiones a todos los gerentes centrales y regionales
- 2 ASHONPLAFA no debería colaborar con la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) en la distribución de los condones del proyecto VIVE. En cambio, deberían estudiar un arreglo cooperativo según el cual la PASMO invertiría sus recursos en promover el uso de condones para prevenir la propagación del VIH/SIDA
- 3 ASHONPLAFA debería desarrollar o actualizar su plan estratégico para reflejar sus objetivos de sostenibilidad con respecto a descentralización, expansión de los servicios a zonas rurales, inclusión de servicios de VIH/SIDA y de maternidad, y patrones para dotarse de personal. ASHONPLAFA debería identificar la asistencia técnica necesaria para llevar a la práctica ese plan estratégico
- 4 La USAID debería alentar al Grupo de Trabajo sobre Salud reproductiva a que continuara con lo que está haciendo
- 5 ASHONPLAFA debería continuar su transición organizativa hasta su conclusión. También es necesario que los gerentes sigan adoptando una actitud franca, que fomenten la comunicación y la formulación de comentarios y que alienten a su personal

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Visión general del Proyecto III del Sector Privado sobre Población (PSP III)

El Proyecto Sector Privado de Población III (PSP III) fue autorizado el 27 de septiembre de 1995 y su culminación está pautada para el 20 de diciembre del año 2000. El organismo principal que pondrá en práctica el proyecto es la Asociación Hondureña de Planificación de la Familia (ASHONPLAFA). En 1997, la USAID suscribió acuerdos de cooperación con dos organizaciones voluntarias privadas (OVP): la Asociación *Save the Children*, Honduras (SCAH) y el Programa para el Desarrollo de la Infancia y la Mujer (PRODIM). El financiamiento consta de 11,3 millones de dólares provenientes de la USAID y 13,4 millones de dólares de financiamiento de contraparte de ASHONPLAFA.

Se prevé que el proyecto PSP III contribuya con el objetivo estratégico de la USAID de alcanzar una "salud de la familia mejorada" al ayudar a reducir la tasa total de fecundidad (TFR) de 4,7 por ciento en 1995 al 4,2 por ciento para el año 2001. Esta reducción se logrará mediante el incremento de la utilización de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, entre las mujeres en edad fértil. El uso total de anticonceptivos aumentará del 50,1 por ciento en 1995 al 54,6 por ciento en el año 2000. Al mismo tiempo, se prevé que la autosuficiencia financiera de ASHONPLAFA aumentará de un 31 por ciento en 1995 a un 63 por ciento en el año 2001.

El proyecto PSP III consta de dos elementos: el primero consiste en brindar apoyo a ASHONPLAFA en lo referente a servicios clínicos médicos, la distribución de anticonceptivos provisionales a nivel comunitario, el mercadeo social de los métodos anticonceptivos provisionales, así como también el suministro de información, educación y comunicación (IEC). El segundo elemento consiste en respaldar a la ASCH y a PRODIM en cuanto a IEC, servicios clínicos y médicos limitados, transporte y referencia, al igual que capacitación. El proyecto contempla igualmente asistencia técnica amplia, anticonceptivos, capacitación significativa y equipos limitados para ASHONPLAFA y a las OPD's.

La presente evaluación se centra casi de manera exclusiva en el programa de ASHONPLAFA, el cual consta de seis centros regionales con clínicas que ofrecen una diversidad de servicios de salud reproductiva además de planificación familiar. Existen igualmente siete clínicas satélites, las cuales ofrecen una menor variedad de servicios. Un Programa de Servicios Comunitarios, compuesto por más de 1.600 puestos locales de planificación familiar en todo el país, se encarga de vender píldoras y condones económicos, principalmente en las zonas rurales y periurbanas. Asimismo, existe un Programa de Mercadeo social, el cual vende condones y píldoras en las zonas urbanas. La IEC proporciona una amplia gama de anuncios en los medios de comunicación, materiales impresos y audiovisuales, así como también

promoción personal mediante de reuniones, seminarios y conferencias La oficina central de ASHONPLAFA brinda apoyo a estos programas por conducto de la investigación, evaluación, capacitación, asistencia en cuanto a información gerencial, al igual que funciones administrativas tales como finanzas, logística y personal

El PSP III contempla tres regiones principales del país la primera esta compuesta por el departamento de Olancho (Región VI) y la región occidental del país (Región V), la cual esta integrada por los departamentos de Lempira, Copán, Ocotepeque, Intibucá y Santa Bárbara Se está haciendo hincapié en estas regiones en vista del bajo nivel de uso de anticonceptivos modernos y el elevado índice de mortalidad materna que se observan en las mismas La tercera region está compuesta por los Nueve Sectores apoyados en virtud de la extensión del Sector de Salud III, en el cual se estan realizando gestiones especiales destinadas a garantizar la contribución del Ministerio de Salud (MS) y de las ODP's en la puesta en la puesta en practica de actividades de salud reproductiva

1.2 Finalidad de la evaluación

En 1994 se llevó a cabo una evaluación previa al proyecto (Proyecto Sector Privado sobre Población II) ¹ Muchas de las recomendaciones se incorporaron en el diseño del proyecto actual Esta evaluación a mediados del período de ejecución de las actividades de ASHONPLAFA esta destinada a ayudar a la USAID/Honduras y ASHONPLAFA a realizar ajustes, según convenga, al proyecto en curso y servir de guía a las actividades de seguimiento Los amplios objetivos de la evaluación son 1) determinar en qué medida el proyecto está contribuyendo con el objetivo estratégico de la USAID relativo al logro de una "salud de la familia mejorada", 2) identificar las dificultades vinculadas con la ejecución y efectuar recomendaciones tendientes a superar dichas dificultades y 3) identificar actividades que contribuyan al nuevo objetivo de salud de la Misión para el periodo 1998-2003 "mejoras sostenibles en la salud de la familia"

Dado que recientemente (noviembre de 1997)² se llevo a cabo un examen de resultados anuales (ERA) y que se observo que ASHONPLAFA estaba mostrando un buen desempeño en muchos sectores --37,5 de los 46 puntos de referencia para 1997 se superaron o se alcanzaron-- se ha solicitado al equipo de evaluación que se centre en dos asuntos principales relacionados entre sí teniendo en cuenta para el futuro los siguientes elementos

¹ Laurel Cobb et al Evaluation of the USAID/Honduras Private Sector Population III Project, POPTECH Report No 94-015-023, July 1995

² "SO3 1997 Annual Results Review (ARR) and Issues," USAID/Honduras Memorandum, November 21, 1997

- 1) Autosuficiente financiera y
- 2) Logros en cuanto al índice de años-pareja de protección (APP)/Tasa de uso de anticonceptivos (TUC)

En el alcance del trabajo (AT) de esta evaluación se solicitó al equipo que respondiera a una serie de preguntas específicas en el marco de estos dos temas, además de varias otras preguntas. Las preguntas y las respuestas del equipo se encuentran en los capítulos 3, 4 y 5. Las preguntas también se resumen en la sección 1.4.

1.3 El contexto demográfico, económico, político y social del proyecto

La más reciente encuesta nacional de epidemiología y salud de la familia (ENESF) se llevó a cabo en 1996 y muestra que la tasa total de fecundidad había disminuido del 5,2 por ciento en 1989-91 al 4,9 por ciento en 1993-95. La mayor parte de este descenso se atribuyó a un incremento en el uso de anticonceptivos --de un 40,6 por ciento en 1987 a un 50,0 por ciento en 1996. Sin embargo, la tasa de fecundidad urbana en Tegucigalpa y San Pedro Sula (3,1) difiere significativamente de la tasa de fecundidad rural (6,3) y la tasa de fecundidad entre las mujeres con siete años o más de educación (2,9) difiere significativamente de la tasa de fecundidad de las mujeres que no tienen educación formal (7,1). Es evidente para todas las partes interesadas que es necesario lograr una mayor reducción en las tasas de fecundidad entre las mujeres con menor educación y las mujeres de zonas rurales.

ASHONPLAFA comenzó a prestar servicios limitados de planificación familiar hace 35 años con la ayuda de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), el Fondo Pathfinder, AVSC Internacional (AVSC) y otras organizaciones. El MS ha prestado servicios limitados de planificación familiar con la ayuda de la USAID desde 1976. La USAID brindó apoyo para una ampliación significativa a un programa nacional de seis regiones en 1985. En 1990, el MS adoptó un enfoque de "riesgo reproductivo" que se centraba en las mujeres "alto riesgo", es decir, las mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años de edad, aquellas mujeres con un alto nivel de paridad y aquellas mujeres que habían estado embarazadas hace a menos de dos años. Recientemente, el MS comenzó igualmente incrementar la prestación de servicios de planificación familiar en sus hospitales y clínicas. El gobierno ha permitido a las organizaciones privadas ampliar sus programas de planificación familiar y las compañías farmacéuticas no han establecido restricciones a la importación ni a la venta de anticonceptivos. No obstante, el gobierno no ha creado una política poblacional y el MS no ha ideado una política de servicio de planificación familiar. Además, aún existen obstáculos. Por ejemplo, los requisitos de edad y paridad evitan que las mujeres que desean realizarse una esterilización puedan hacerlo. El compromiso del MS y del gobierno con respecto a la planificación familiar y su apoyo a la misma es muy conservador y no aborda plenamente las necesidades reproductivas de la población lo cual constituye un punto importante de la Proyecto del Sector de la Salud II.

Una de las razones de esta falta de compromiso y apoyo es la oposición de la Iglesia Católica a toda forma de anticonceptivos "artificiales" Esto constituye, más que cualquier cosa, un obstáculo político ya que la ENESF mostró que más del 70 por ciento de las personas que aceptaban la planificación familiar eran católicas y menos del dos por ciento de aquellos que no utilizan anticonceptivos artificiales mencionaban las objeciones religiosas como razón por la cual no utilizaban anticonceptivos

1.4 Alcance de trabajo de la evaluación y composición del equipo

La USAID exigió la evaluación simultánea del Proyecto del Sector de la Salud II y del Proyecto Sector Privado sobre Población III. El AT dirigió la evaluación del PSP III para que se "centrara en la respuesta a las siguientes preguntas"

Sostenibilidad

- 1 ¿Las oficinas regionales han aumentado su latitud para planificar y manejar sus programas?
- 2 ¿Los gerentes regionales necesitan capacitación complementaria? De ser así, ¿qué tipo de capacitación?
- 3 ¿Es necesario reducir el personal? De ser así, ¿cómo debe reducirse?
- 4 ¿Qué más puede hacer ASHONPLAFA para reducir sus costos administrativos sin menoscabo de la calidad?
- 5 ¿Cuáles de los nuevos servicios que no están destinados a la planificación familiar no son rentables? ¿Es necesario eliminarlos? ¿Es posible lograr que sean rentables?
- 6 ¿Qué nuevos servicios no destinados a la planificación familiar puedan añadirse para incrementar la rentabilidad?
- 7 ¿Las instalaciones y el personal son adecuados para los clientes de la clase media?
- 8 ¿Qué puede hacer ASHONPLAFA para incrementar el uso por parte de la clase media de los servicios del sector privado?
- 9 ¿Cómo debe definirse la "autosuficiencia financiera"?

Logros en cuanto a APP's

- 1 ¿Por qué han disminuido los logros en cuanto a APP's durante los últimos dos años?
¿Que puede hacerse para revertir esta tendencia?
- 2 ¿De que manera el sistema de compensación de "riesgo compartido" del programa medico/clinico afecta los logros a nivel de APP?
- 3 ¿Qué puede hacerse para garantizar que ASHONPLAFA continúe centrandose en la planificación familiar a medida que se diversifica?
- 4 ¿Es necesario continuar con el programa de mercadeo social? ¿Cómo afectaría la discontinuacion de este programa el índice de APP's de ASHONPLAFA y sus metas de autofinanciamiento
- 5 ¿Qué puede hacer el programa de servicios comunitarios para incrementar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales sin sacrificar la autosuficiencia?
- 6 ¿Qué produciría una mayor cobertura rural otorgar concesiones a dos mas OPD's en 1998 a fin de establecer servicios de salud reproductiva, o ampliar los servicios rurales de planificación familiar de ASHONPLAFA?
- 7 Cuan bien estan trabajando PRODIM y ASCH con ASHONPLAFA y el MS?

Sistemas de apoyo

- 1 ¿En qué medida se estan aprovechando los sistemas de informacion gerencial en las oficinas centrales y regionales para la planificación y la toma de decisiones? ¿Cómo pueden fortalecerse estos sistemas?
- 2 ¿Acaso deberia ASHONPLAFA colaborar con PASMO en la distribución del condon VIVE o deberia comercializar su propio condon de protección contra el VIH/SIDA?
¿Que nivel de cobertura puede alcanzar ASHONPLAFA?
- 3 ¿En que sectores necesitara ASHONPLAFA asistencia técnica en el futuro?
- 4 ¿Cuán efectivo es el grupo de salud reproductiva?

Varias preguntas complementarias se añadieron en respuesta a los temas planteados durante la orientacion inicial con la USAID. Las siguientes preguntas se abordaron en el informe

Otras preguntas

- 1 Recursos humanos ¿En que medida están contribuyendo a la sostenibilidad las gestiones realizadas en este sector?
- 2 Investigación y evaluación ¿Los estudios estan produciendo los resultados necesarios para ayudar a los gerentes a tomar decisiones?

El Proyecto de asistencia técnica sobre población (POPTECH) reclutó a un equipo compuesto por ocho especialistas, la mayoría de los cuales se asignaron a la evaluación del Proyecto II del Sector de la Salud. Un miembro del equipo, el especialista en sostenibilidad del programa de planificación familiar, fue asignado a tiempo completo (6 semanas) al proyecto PSP III y asumió la responsabilidad de la preparación de este informe. Los hallazgos se compartieron durante reuniones de equipo. Las contribuciones del jefe del equipo acerca del sector de recursos humanos y del asesor de salud materno-infantil sobre la calidad del cuidado médico se incluyeron en este informe. A continuación se presenta la lista completa de los miembros del equipo, sus funciones, sus períodos de estadía en Honduras, y sus asignaciones.

Frank Sullivan, jefe de equipo (6 semanas) _____ Salud II

Jack Reynolds, especialista en sostenibilidad de programas de planificación familiar (6 semanas) _____ PSP III

Fernando Gómez, especialista en programas de planificación familiar (5 semanas) Salud II

Mario Ganuza, analista de sistemas de gestión (4 semanas) _____ Salud II

August Burns, especialista en salud materno-infantil y neonatal (4 semanas) _____ Salud II

Bernardo Uribe, especialista en logística (3 semanas) _____ Salud II

Patricia Paredes, especialista en supervivencia infantil (3 semanas) _____ Salud II

Doreen Salazar, especialista en agua y saneamiento (3 semanas) _____ Salud II

1.5 Metodología

El trabajo del equipo comenzó el 18 de mayo de 1998, con una reunión de planificación de equipo de dos días a fin de orientar a todos los miembros de los dos programas, examinar el alcance de trabajo (AT) con funcionarios de la USAID, diseñar un enfoque, realizar

asignaciones, preparar un programa, identificar fuentes de información, planificar visitas de campo y preparar esbozos de los informes finales

El equipo recopiló datos de los gerentes y del personal de ASHONPLAFA en la capital y en el campo, así como también de documentos suministrados por la USAID y ASHONPLAFA, de observación de servicios, y de numerosas entrevistas con diversos interesados provenientes de todas las regiones. El equipo realizó visitas de campo a oficinas regionales, clínicas y puestos durante la segunda y tercera semanas. Se realizaron entrevistas complementarias en Tegucigalpa durante la tercera y cuarta semanas. El equipo realizó una sesión de información con la USAID y ASHONPLAFA durante la quinta semana, justo antes de entregar el primer borrador del informe. Durante la sexta semana, se hicieron revisiones y el borrador del informe final se presentó simultáneamente a la USAID y a POPTECH el 27 de junio.

2. RESUMEN DE LOS LOGROS DEL PROGRAMA

2 1 Resultado intermedio 3 1 "Mayor uso de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar"

El resultado intermedio (RI) 3 1 tiene dos indicadores, de los cuales sólo uno se aplica a la planificación familiar "Mayor uso de anticonceptivos en las mujeres de 15 a 44 años de edad" Como se mencionó en el Capítulo 1, el objetivo del proyecto es incrementar la TUA de un 50,1 por ciento en 1995 a un 54,6 por ciento para el final del año 2000 Dado que la TUA sólo puede determinarse mediante encuestas nacionales, la medida sustitutiva de APP's se utiliza en los años intermedios En la tabla 1 se muestran los objetivos iniciales y los logros hasta la fecha en cuanto a APP's Desafortunadamente, esta tabla carece de ciertos datos ya que 1) el indicador de APP's no se utilizó durante los dos primeros años, 2) los factores de conversión de APP's se modificaron cada año desde 1994 hasta 1997 (sólo se han normalizado los datos relativos a los logros), y 3) los objetivos se establecieron nuevamente en 1996 a fin de mantener el nivel de los APP's del año 1995

Tabla 1

Objetivos y logros en cuanto a APP, 1995-2000

	1995	1996	1997	1998 Previsión*	1999	2000
Objetivos iniciales	NA	NA	198,976	266,773	281,489	NA
Logros**	207,495	172,607	157,770	171,400		
Diferencia			41,206	95,373		
Porcentaje del objetivo			72 3%	64 2%		
Objetivos ajustados		207,495	207,495	207,495	207,495	207,495
Porcentaje de APP de 1995		83 2%	76 0%	82 6%		

*Proyección de 1998 basada en el primer trimestre x 4

**Normalizado utilizando los factores de conversión de 1998

No obstante, la tendencia al descenso a nivel de los logros preocupa a la USAID Sin embargo, los datos del primer trimestre de 1998 indican que la tendencia puede invertirse este

año Las razones del descenso y las previsiones para el futuro se discuten en el
Capítulo 4

El ENESF de 1996 proporciona información útil en relación con las características de los datos sobre la TUA (vease el Apéndice D, Tabla D-1) La prevalencia y el uso de métodos modernos se ha incrementado en aproximadamente un uno por ciento cada año La esterilización femenina sigue siendo el método más popular, seguido por los DIU y las píldoras orales, lo cual afirma la importancia de lograr la disponibilidad de los servicios clínicos y el acceso a los mismos La distribución del uso según la edad y el número de niños con vida muestra un nivel razonable de uso entre las mujeres más jóvenes y de menor paridad, lo cual indica que el programa (incluida la esterilización y los DIU) es aceptable para estas mujeres Los datos acerca de la religión y la religiosidad indican que estos factores no desempeñan ningún papel en la decisión de utilizar anticonceptivos Los factores que sí influyen son la educación, el estado socioeconómico y la zona de residencia Los datos indican que si se desea incrementar el uso de anticonceptivos, el programa debe enfocarse hacia las mujeres que no tienen educación, las mujeres que provienen de una clase socioeconómica baja, y las mujeres que viven en las zonas rurales Los datos muestran igualmente que ASHONPLAFA es el proveedor líder de servicios de planificación familiar en el país y representa a más de la totalidad del sector público Si el MS no mejora sus gestiones de planificación familiar, ASHONPLAFA no sólo tendrá que mantener su nivel actual de servicio, sino que también tendrá que incrementar su nivel de servicio si se desea incrementar el uso, especialmente en las zonas rurales

2.2 Resultados Intermedios de ASHONPLAFA

ASHONPLAFA tiene muchos resultados intermedios que debe alcanzar cada año En la tabla 2 se presenta el número de resultados intermedios que se excedieron, se cumplieron, y que no se alcanzaron según los resultados del más reciente examen de resultados anuales (ERA) En el apéndice D, tabla d-2 se incluye una lista completa de los puntos de referencia

Tabla 2

Logro de los resultados intermedios, 1997

Programa	Punto de referencia			
	Total	Superado	Alcanzado	No alcanzado
Programa de servicios médicos/clínicos	13	2	9	2
Programa de mercadeo social	9	0	7	2
Programa de servicios comunitarios	10	0	7.5	2.5
IEC	2	0	0	2
Sistemas de apoyo	12	0	12	0
Total	46	2	35.5	8.5

Fuente "1997 Annual Results Review Report," pp 15-17

Los dos resultados que se excedieron fueron el incremento de los nuevos usuarios de servicios distintos a la planificación familiar y el cambio de las clínicas al uso de personal contratado. Los que no se alcanzaron fueron un número mayor de APP's producidos por el programa de servicios médicos/clínicos (PSM), un número mayor de vasectomías realizadas, la mayor autosuficiencia del programa de mercadeo social (PMS) (ahora excedido), el número mayor de ventas del condón Piel (ahora lanzado al mercado), la ejecución de las recomendaciones de evaluación de las necesidades del PSC (ahora culminada), reestructuración del programa de capacitación *consejeras* (ahora culminada) y la culminación de dos campañas nacionales de IEC (ahora culminadas).

Por ende, a excepción del logro a nivel de APP's (el cual incluye los vasectomías), el programa está alcanzado sus puntos de referencia bastante bien.

2.3 Otros logros

El nuevo centro regional y clínica San Pedro Sula fue inaugurado en 1997 y se encuentra funcionando casi completamente. Este centro presta una amplia gama de servicios diversificados además de la planificación familiar y parece estar atrayendo a hombres y mujeres que están dispuestos y son capaces de pagar por la obtención de estos servicios. Se está planificando añadir una clínica completa de pediatría y un psicólogo a fin de ofrecer servicios de orientación.

En 1997, se inauguraron clínicas satélites en La Entrada y El Progreso. Se han previsto otras dos clínicas para Lima y posiblemente Choloma, ambas en la región de San Pedro Sula.

Se ha institucionalizado un programa de garantía de calidad (GC) Cada region tiene un comité de GC Como resultado de este programa, se han observado reducciones significativas en el tiempo de espera de los clientes, un flujo mejorado de pacientes, y la ampliacion de las horas de clínica a las tardes y, en algunos casos, a los sábados por la mañana Las áreas de espera se han mejorado y los estudios sobre entrevistas a la salida de los clientes muestran que estas mejoras son apreciadas y han incrementado la satisfaccion del cliente de manera significativa

2.4 Limitaciones de los logros

Una de las más grandes limitaciones para lograr el RI 3.1 es la escasez de recursos para ampliar estos servicios hacia las zonas rurales Como se describe en los capítulos 3 y 4, la incompatibilidad de los objetivos de autofinanciamiento y TUA/APP obliga a ASHONPLAFA a escoger uno sobre el otro Actualmente, el proyecto ha escogido el autofinanciamiento Tal eleccion no constituiria un problema tan serio si el MS estuviera dispuesto y fuera capaz de asumir la responsabilidad de prestar servicios a las mujeres pobres y sin educación de las zonas rurales Uno de los temas de la evaluacion del Proyecto del Sector de la Salud II es si el MS asumira esta responsabilidad Si el MS no asume esta responsabilidad, ASHONPLAFA es la única alternativa

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) está limitado a las zonas urbanas y los empleados que abarca no son rurales, pobres ni carecen de educacion No existen clínicas de planificación familiar del sector privado que puedan mencionarse fuera de las zonas urbanas y aquellas que sí existen parecen no prestar servicios a parejas que no pueden costear estos servicios Pocas organizaciones voluntarias privadas (OVP) funcionan en las zonas rurales y aquéllas que han sido contratadas para prestar servicios de atención de salud reproductiva están limitadas a pequeñas zonas geograficas Es poco probable que amplien sus servicios a una region, mucho menos a todas las zonas de la nación

Existen igualmente limitaciones culturales significativas En la costa norte, la planificación familiar es bastante bien acogida, dada las visiones más liberales y modernas de las personas que han migrado a estas zonas En cambio, la gente de Olancho parece ser decididamente independiente y conservadora Esta zona es conocida como el "este salvaje" de Honduras y los residentes llaman a la región "la república independiente de Olancho" Este departamento, el cual es el más grande de Honduras (y uno de los menos poblados), representa el 20 por ciento del territorio del país, pero sólo cuenta con una pequeña clínica de ASHONPLAFA la cual ofrece servicios limitados y es muy poco utilizada Sin embargo, Olancho es una de las dos regiones prioritarias de ASHONPLAFA

La otra region prioritaria, Copán, se encuentre en el extremo opuesto del país y limita con El Salvador y Guatemala Es extremadamente montañosa y, por ende, el desplazamiento es

difícil. Es una de las regiones más pobres del país habitada principalmente por campesinos pobres que practican la agricultura de subsistencia, sin educación y extremadamente conservadores, quienes han estado bajo la influencia de los sacerdotes locales durante cientos de años.

Como se mencionó en el Capítulo 1, la Iglesia Católica tiene una gran influencia a nivel político en Honduras. Aunque muchos profesionales médicos del MS apoyan la planificación familiar, no son capaces de lograr un cambio en la política del MS con miras a lograr que éste apoye y promueva de manera activa la planificación familiar. El jefe de asesores del MS en la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) brinda poco apoyo a tal cambio.

La puesta en práctica de un programa de planificación familiar exitoso en estas condiciones es una tarea extremadamente difícil y delicada desde el punto de vista político. Vistos desde este ángulo, los logros de ASHONPLAFA son notables. Conforme lucha por lograr su autosuficiencia financiera, la asociación está renunciando conscientemente (y en forma reacia) a algunos logros difíciles a nivel de la prestación de servicios y la cobertura. ASHONPLAFA se enfrentará sin duda al desafío de encontrar la manera de recuperar parte de ese terreno perdido a medida que continúa reduciendo sus costos y ampliando los servicios no destinados a la planificación familiar a los clientes urbanos y de la clase media.

3 SOSTENIBILIDAD

3.1 Visión general de los hallazgos

La USAID se ha preocupado desde hace mucho tiempo por la capacidad de ASHONPLAFA de continuar prestando servicios esenciales de planificación familiar después de que culmine el financiamiento por parte de los donantes. Dado que ya no es fácil garantizar los fondos y el financiamiento depende cada vez más del logro de resultados, la USAID/Honduras muestra aun más inquietud acerca de la posibilidad de que ASHONPLAFA asuma la responsabilidad de su propio financiamiento. Por ende, además del objetivo normal de incrementar el uso de anticonceptivos, en su anteproyecto del 29 de septiembre de 1995, el proyecto PSP III instó igualmente a ASHONPLAFA a que "al mismo tiempo aumentara su autofinanciamiento del 31 por ciento en 1995 al 63 por ciento en el año 2000" ³

Este incremento debía lograrse mediante la combinación de la reducción en los costos administrativos, el incremento de los precios de los servicios y la incorporación de nuevos servicios que incrementaran los ingresos. Se diseñaron estrategias para cada uno de los tres sectores del programa: 1) servicios médicos/clínicos, 2) servicios comunitarios y 3) mercadeo social. Tal y como lo demuestran los datos presentados en el presente informe, ASHONPLAFA ha realizado una labor notable, especialmente durante el año pasado, en lo que se refiere a la puesta en práctica de todas las estrategias de autosuficiencia. La Asociación parece estar obsesionada por encontrar formas de reducir los costos a todos los niveles de sus actividades, desde la reducción de las llamadas telefónicas hasta el cierre de los puestos rurales de planificación familiar no productivos. Los precios de todos los servicios y productos se han estudiado y ajustado según se ha estimado conveniente, aunque se han incrementado, continúan siendo competitivos. La diversificación de los servicios se ha acogido con mucho entusiasmo e incluso las clínicas más pequeñas ofrecen ahora servicios complementarios y productos médicos no relacionados con la planificación familiar. Las clínicas más grandes han ampliado sus servicios con la finalidad de ofrecer consultas de medicina general, ginecología y pediatría y servicios de laboratorio.

³ "Project Paper Private Sector Population III Project (522-0389)," p 1, September 29, 1995

Tabla 3

Porcentaje de autosuficiencia financiera, 1995-1998*

	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998(1/4) (%)
Total	30 6	42 6	49 6	76 6
Servicios médicos/clínicos	54 3	62 4	79 8	113 8
Servicios comunitarios	66 1	89 8	113 7	133 9
Mercadeo social	109 3	96 6	69 8	182 0
Servicios de apoyo	0 3	1 2	1 4	4 7
Administración	10 8	13 2	31 6	16 1
Oficina central	21 3	22 6	28 7	58 7
Región I, Tegucigalpa	41 0	57 9	74 0	84 7
Región II, San Pedro Sula	39 0	65 4	57 6	91 0
Región III, Choluteca	40 3	49 8	60 5	72 7
Región IV, La Ceiba	43 4	66 4	66 0	92 9
Región V, Copán	32 1	49 5	53 3	80 9
Región VI, Juticalpa	26 4	42 3	58 8	96 8

*Los datos de 1998 corresponden únicamente al primer trimestre (enero-marzo)

Nota Ver Apendice D, Tablas D-3 y D-4 para mayores detalles

Estas estrategias han repercutido significativamente en la autosuficiencia financiera ASHONPLAFA ha pasado del 24 por ciento de autosuficiencia en 1994 al 76 por ciento hasta el primer trimestre de 1998. Tal y como se muestra en la Tabla 3, se ha logrado cierto avance en cada programa y cada región, incluso en servicios de apoyo central (investigación, IEC, capacitación) y administración (finanzas, recursos humanos, administración, planificación), sectores que por lo general no generan ingresos. En que medida la gerencia puede, y debería, continuar utilizando esas estrategias es un tema importante que se estudiará en el Capítulo 4.

En este capítulo se abordan algunas preguntas importantes formuladas en los asuntos sobre sostenibilidad del AT: (1) descentralización y el papel de los jefes regionales, (2) su capacidad gerencial, (3) reducir el personal central y los costos administrativos, (4) diversificar los servicios, (5) atraer clientes de clase media, y (6) definir la autosuficiencia financiera.

3 2 Preguntas y respuestas

- 1 Delegación a las oficinas regionales ¿Hasta qué punto la reorganización administrativa de ASHONPLAFA ha incrementado la delegación de autoridad de la oficina central y ha dado a las oficinas regionales una mayor latitud para planificar y administrar sus programas?**

Tabla 4

Autoridad decisoria de ASHONPLAFA (funciones seleccionadas)

Función	Papel del jefe regional	Aprobación
Presupuesto	Propone	Junta y Director Ejecutivo
Cambio de ítem de línea > 15%	Propone	Comité de presupuesto
Cambio de ítem de línea <	Propone	Jefe, División Regional
Límite de compra		
L 7000	Choluteca, Copán, Olancho	NA
L 10,000	La Ceiba	NA
L 12,000	TGU, SPS	NA
L 40,000	Propone	Jefe, División Admin /Finanzas
L 250,000	Propone	Director Ejecutivo
> L 250,000	Propone	Board
Contratos	Propone	Junta y Director Ejecutivo
Viáticos	Aprueba	NA
Cheques	Aprueba	NA
Personal		
Contrata, Transfiere Despide	Recomienda	Junta y Director Ejecutivo
Tiempo de compensación	Aprueba	NA
Vacaciones	Aprueba	NA
Evaluación de mérito	Aprueba	NA

Hallazgos

Todos los jefes regionales (no son directores) opinan que el sistema funciona mucho mejor que antes. Es más abierto, brinda más apoyo, tiene una mayor capacidad de respuesta y las decisiones se toman de una manera más rápida. Sin embargo, la autoridad continúa estando

significativamente centralizada en Tegucigalpa. Los jefes regionales probablemente participan más que antes y cuentan con una mayor latitud pero no necesariamente tienen mayor autoridad.

La mayoría de las decisiones todavía se toman en la oficina central: planes, presupuestos, precios, adquisiciones, contratación de personal y así sucesivamente (véase la tabla 4). Pero todos los jefes consideran que las decisiones se toman de una manera mucho más rápida y que sus recomendaciones por lo general son aceptadas. En la contratación de personal, por ejemplo, un jefe regional recluta candidatos, realiza las entrevistas, y luego envía la documentación pertinente y una recomendación a Tegucigalpa. Esta recomendación por lo general es aceptada y la aprobación se hace rápidamente. Los presupuestos y los planes anuales se preparan en cada región, se envían a la oficina central y luego se negocian en una reunión entre el jefe regional y la junta directiva de Tegucigalpa.

Un nuevo Manual de Organización (ASHONPLAFA, diciembre de 1997), describe las funciones, responsabilidades y límites de la autoridad para todas las funciones principales de cada gerente, incluidos los jefes regionales. Este manual es similar a su antecesor, pero permite una mayor latitud en la toma de decisiones, por ejemplo, en la cantidad que un jefe puede gastar en una adquisición sin enviar una solicitud de aprobación.

Las oficinas administrativas centrales, por lo tanto, tienen la mayor parte del control sobre las operaciones. Sin embargo, en algunos casos, incluso las oficinas centrales no tienen control dado que el acuerdo del proyecto con la USAID establece actividades específicas que deben realizarse, procedimientos que deben adoptarse y, especialmente, metas que deben alcanzarse. Estas estipulaciones limitan aún más la flexibilidad de los jefes regionales y su capacidad de administrar sus propios programas.

No obstante, los jefes regionales consideran de manera unánime que la oficina central brinda más apoyo y tiene una mayor capacidad de respuesta que antes y ellos acogen de una manera positiva este cambio.

Conclusiones

La reorganización ha conducido a una mayor participación de los jefes regionales en la planificación y la administración y un incremento en la latitud con respecto a la toma de decisiones. Sin embargo, la autoridad decisoria sigue estando significativamente centralizada o está regida por los términos del acuerdo del proyecto de la USAID- ASHONPLAFA.

Recomendaciones

Si la descentralización de la autoridad constituye una meta aceptada, entonces deben tomarse medidas específicas para transferir las autoridades correspondientes a tales funciones como la planificación, el presupuesto, personal, las adquisiciones y la supervisión a las regiones. Tal

vez seria prudente realizar tales cambios en el transcurso del tiempo La USAID deberia permitir a ASHONPLAFA una mayor latitud para llevar a cabo sus programas, centrandose mas en el logro de los resultados y menos en los insumos y actividades detalladas

2 Capacitación de los jefes regionales ¿Los jefes regionales están lo suficientemente capacitados para administrar sus programas? De no ser así, ¿qué tipo de capacitación complementaria requieren?

Hallazgos

Todo los jefes regionales son gerentes con experiencia, pero sus antecedentes son diversos -- administración, educación, contabilidad, administracion bancaria, y negocios, ninguno es medico Sus niveles de experiencia son tambien diferentes Algunos son nuevos en ASHONPLAFA, otros han estado en la organización durante muchos años El hecho de que estén "suficientemente capacitados" es sólo una parte de la cuestión Es igualmente importante saber si tienen las destrezas, temperamento, sentido comun, capacidad, juicio, impulso y confianza necesarios para ser buenos gerentes Tal vez sea demasiado pronto para emitir un juicio, o por lo menos demasiado temprano para decidir si un nuevo director ejecutivo cree que los jefes poseen estas cualidades

Todos están de acuerdo en que como gerentes, los jefes regionales necesitan una capacitación continua y un contacto continuo con las nuevas tecnologias, tecnicas e ideas ASHONPLAFA lleva a cabo un diagnostico anual sobre necesidades de capacitación, el cual incluye a los gerentes, y tiene previsto realizar numerosos cursos para su personal a fin de abordar las necesidades prioritarias Entre ellas, naturalmente, se encuentran aquellas que están relacionadas con la nueva visión de ASHONPLAFA, en particular, el mercadeo, la sostenibilidad, la planificación estratégica, la gerencia personal, y la evaluacion y supervisión

El respaldo y la orientación por parte de directores ejecutivos y la junta directiva tambien serán importantes para los jefes regionales Ambos estaran buscando orientación y desearán conocer las impresiones acerca de la manera como los jefes están manejando sus responsabilidades Las reuniones semianuales sostenidas en una región diferente cada vez podrían ser de gran valor para los intercambios interactivos y el aprendizaje Un programa desarrollo ejecutivo, que incluya un retiro de dos a tres dias para los gerentes también podria ayudar a desarrollar el espíritu de grupo, el compromiso y la confianza Es igualmente importante tener presente que no toda persona puede ser un buen gerente Los jefes regionales deben ser evaluados en su desempeño igual que se evalúa a cualquier otro empleado Aquéllos que muestren un buen desempeño deberan ser gratificados por ello, aquellos que muestren constantemente un desempeño deficitario deberan ser reemplazados

Conclusiones

Sera necesario ofrecer capacitacion adicional a los jefes regionales, pero la capacitación por sí sola no es la solución. Los jefes necesitan un programa continuo de desarrollo gerencial que les brinde la oportunidad de crecer y probar sus cualidades gerenciales.

Recomendaciones

Ademas de continuar con las oportunidades regulares de capacitación que ya sean planificado, ASHONPLAFA debería considerar diseñar un programa de desarrollo gerencial para todos los gerentes superiores, incluidos los jefes regionales.

- 3 ¿Reducción de personal central: Si la descentralización se ha producido se justifica el mantenimiento de un personal central numeroso? De no ser así, ¿que cambios son necesarios para reducir el personal central?**

Hallazgos

Como se menciona anteriormente, la descentralización de la autoridad es mínima hasta ahora. Si tal descentralización debe dividirse en etapas durante los próximos dos o tres años, entonces las funciones administrativas centrales tales como la contabilidad, personal, adquisiciones y servicios de información administrativa, serían descentralizados. Estos servicios se reducirían a un mínimo a nivel central. Aunque esta reducción en los servicios traería consigo una reducción de personal central, el número de empleados regionales aumentaría para llevar a cabo las mismas funciones. Sin embargo, esto no significa que sea necesario establecer "divisiones" separadas de contabilidad personal adquisiciones etc, en cada oficina regional. Muchas de estas funciones estarían apoyadas por sistemas computarizados y serían funciones de oficina. Una persona debería poder manejar diversas funciones. Otras funciones de apoyo, tales como IEC, investigación y evaluación serían más eficaces si se llevarán a cabo como servicios centrales.

Es importante mantener la perspectiva al analizar los modelos de contratación de personal. ASHONPLAFA tiene una estructura organizativa centralizada superior demasiado pesada para una operación tan pequeña. Por lo menos la mitad del personal está compuesta por empleados administrativos y de apoyo, pero ASHONPLAFA tiene solo 13 clínicas la mitad de las cuales son operaciones de una o dos personas. El mercadeo social se lleva a cabo desde Tegucigalpa y la mayoría de los servicios comunitarios funcionan sin dificultades.

Al examinar las opciones de reducción de personal sería útil igualmente considerar las oficinas regionales al igual que la oficina central. Por ejemplo, a menos que se establezcan más clínicas parece haber muy poca razón para justificar la existencia de jefes regionales en las oficinas más pequeñas. ASHONPLAFA ya ha reducido el tamaño de su personal central, a pesar de que esta reducción se ha debido en gran parte a la eliminación natural de puestos. Se han

llevado a cabo ya reducciones significativas de personal en todas las divisiones y se prevé que se realizaran aun mas En algún momento, ASHONPLAFA tendra que decidir si desea acerca de la eliminación de una o más divisiones (la division de información y comunicaciones [DINCO] o la división de investigacion y evaluacion, por ejemplo) dado que en algún momento estas divisiones alcanzarán un mínimo de personal En lugar de establecer un numero arbitrario de empleados como meta para el año 2000, sería mejor examinar cada funcion y determinar su patrón de personal optimo ASHONPLAFA ha realizado innovaciones al introducir mecanismos alternativos de contratación de personal Ejemplos de ellos son el sistema de riesgo compartido para los médicos y los servicios de contratación de limpieza Sería importante examinar estas funciones y estas opciones además de otras opciones para cada funcion

Conclusiones

ASHONPLAFA ya ha realizado reducciones significativas de personal a todos los niveles de la organización Se espera que se realicen nuevas reducciones, pero no está clara la manera como tales reducciones se llevaron a cabo ASHONPLAFA no parece tener un plan maestro de contratación de personal para la organizacion que abarque las clínicas, oficinas regionales y el personal central

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería decidir que nivel de descentralización empleará Una vez que se haya tomado esta decision, ASHONPLAFA deberia desarrollar un plan maestro de contratación de personal que especifique el número y tipo de empleados que se emplearán a nivel de clínicas, a nivel regional y a nivel central y los mecanismos mas eficaces para llevar a cabo esta tarea

- 4 Reducción de los costos administrativos Hasta cierto punto, ASHONPLAFA ha tenido éxito en la reducción de sus costos operacionales. ¿Qué otros pasos puede dar ASHONPLAFA para reducir aún más los costos administrativos e incrementar la productividad y la eficacia?**

Hallazgos

El equipo observo que ASHONPLAFA ha tenido mucho exito en la reducción de sus costos administrativos Los costos se han reducidos significativamente a todo nivel ASHONPLAFA ha realizado reducciones significativas en categorias de costo bastante amplias tales como el personal, vehiculos, transporte y equipos También ha realizado reducciones significativas en costos recurrentes tales como electricidad, telefono, papel, agua y combustible Además, la Asociacion a llevado a cabo numerosas innovaciones de reducción de costos, tales como la reasignación de un chofer para convertirlo en un vendedor de anticonceptivos en las estaciones

de gasolina y la contratación de los servicios de limpieza en lugar de emplear personal de limpieza. La productividad y la eficacia se han aumentado mediante la combinación de tareas tales como la utilización de vehículos para distribuir anticonceptivos y llevar a promotores a las zonas rurales en un mismo viaje.

Todo el personal de la Asociación participa en la búsqueda de maneras de reducir los costos mientras se mantiene la calidad. Se han realizado numerosas reuniones para crear conciencia en el personal a todos los niveles de la necesidad de lograr una reducción de costos, y como resultado, prácticamente todos los empleados parecen haber comenzado a participar en esta campaña continua. Un cambio sorprendente ocurrió en la cultura corporativa, la cual hasta hace poco no había prestado mucha atención a los costos.

Sin embargo, la reducción de los costos constituye solamente la mitad de la ecuación. ASHONPLAFA está tratando igualmente de incrementar sus ingresos mediante el aumento de precios y la incorporación de nuevos servicios. Por lo tanto, el hecho de que una región o servicio tenga costos elevados puede no tener consecuencias si los costos se compensan con altos ingresos. El programa de mercadeo social, por ejemplo, mostró costos muy elevados durante el primer trimestre de 1998 (L 1 222 763), pero registró ingresos más elevados (L 1 577 223), lo cual se tradujo en una ganancia de L 354 460, es decir, diez veces más que el siguiente centro de ganancias más elevadas, la clínica Danlí. Por lo tanto, el margen de ganancias, o porcentaje de autofinanciamiento, constituye una medida más significativa que la reducción de costos por sí sola.

Cada región y cada departamento tiene sus propios objetivos en relación con los costos, ingresos, y gastos. Cada dos años se preparan los datos relacionados con todos estos objetivos, se realizan cálculos de autofinanciamiento y esta información se distribuye a todos los gerentes, incluidas las clínicas satélites. Estos datos se examinan detenidamente y se toman con seriedad. Los resultados son asombrosos.

Los datos correspondientes al primer trimestre de 1998 muestran que ASHONPLAFA registró ingresos de L 6 245 950 y gastos de L 8 264 373, lo cual se tradujo en un índice de autofinanciamiento del 76 por ciento.⁴ La meta del proyecto es de solamente un 63 por ciento para finales del año 2000. Si ASHONPLAFA puede mantener este ritmo, la asociación podría alcanzar un 82 por ciento de autofinanciamiento dos años completos antes de la fecha de culminación del proyecto. Esto representaría un 19 por ciento por encima de la meta trazada.

Un examen de los datos sobre ingresos y costos del programa correspondientes al primer trimestre 1998 muestra que 12 de las 13 clínicas, 5 de los 6 programas de servicios comunitarios regionales, y el programa de mercadeo social son autofinanciados en más de un 100 por ciento. Esto significa que el ingreso que genera logra más que compensar los costos.

⁴ Esta tasa incluye tanto los costos directos como los indirectos.

directos e indirectos. El problema radica en los costos indirectos en que incurren las divisiones de apoyo central y administración, las cuales registran ingresos directos muy reducidos y costos elevados. Cuando estos costos se asignan a todos los programas, el nivel global de autofinanciamiento disminuye a un 76 por ciento.

Estos datos deberían dejar claro que los costos administrativos constituyen una carga significativa a nivel central pero no a nivel de las clínicas. La mayoría de las clínicas y programas de servicios comunitarios son rentables. Las divisiones centrales de administración y apoyo no lo son. Dado que esas divisiones no generan suficiente dinero para autofinanciarse, las únicas opciones que quedan son la reducción de sus costos o el aumento de los ingresos a nivel del programa. ASHONPLAFA muestra un buen desempeño en ambos sectores, pero el potencial que existe para la reducción del costo tal vez sea limitado. Las reducciones del programa ya están afectando los servicios. Tal vez sea hora de que ASHONPLAFA se detenga a examinar cuán lejos quiere ir y a qué ritmo desea avanzar.

Conclusiones

Las gestiones de reducción de costos por parte de ASHONPLAFA han sido impresionantes y han producido resultados sorprendentes en un corto periodo. Sin embargo, realizar nuevas reducciones en los costos del programa tal vez sea contraproducente. Los déficits se deben a los costos administrativos y de apoyo, no a los costos administrativos del programa.

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería hacer hincapié en las reducciones de los costos a nivel central y la generación de ingresos a nivel del programa. Las reducciones complementarias de los costos a nivel de las clínicas satélites y de servicios comunitarios no debería llevarse adelante, salvo en casos obvios de ineficacia. En cambio, debería alentarse y ayudarse a estos programas a incrementar su clientela.

- 5 Servicios diversificados y rentabilidad.** ASHONPLAFA ha diversificado sus servicios a fin de mejorar su perfil de autosuficiencia. Sin embargo, no todos sus servicios diversificados son rentables. ¿Qué debe hacerse para lograr que estos servicios sean rentables? Si algunos de los servicios actuales nunca serán rentables, ¿deben abandonarse tales servicios? ¿Que servicios no destinados a la planificación familiar podrían incluirse a fin de que ASHONPLAFA pueda mejorar su rentabilidad?

Hallazgos

ASHONPLAFA ha prestado servicios diversificados desde el comienzo del proyecto PSP III en 1995. Tal y como se muestra en la tabla 5, todos son servicios de salud y la mayoría son servicios de salud reproductiva. En el entorno actual, se prevé que el programa de planificación familiar prestará justamente una amplia gama de este tipo de servicios. Por ende, sería justo afirmar que ASHONPLAFA está cumpliendo con esta tendencia. No obstante, no todas las clínicas prestan todos estos servicios. De hecho, las clínicas satélites prestan pocos servicios diversificados y el número de servicios prestados por las clínicas regionales varía. Véase el apéndice D, tabla D-6 donde se muestra una lista de los servicios que se prestan en cada región.

Tabla 5

Servicios diversificados, 1995-1998 (en unidades de servicios prestados)

Tipo de servicio	Años			Aumento (1) (%)	Trimestres		
	1995	1996	1997		1997 (1/4)	1998 (1/4)	Aumento (%)
Citología	39,411	45,815	56,666	44	13,124	14,334	9
Ginecología	5,382	7,235	14,488	169	2,431	3,928	62
Medicina General	745	2,641	6,991	838	1,183	3,197	170
Hematología	7,025	6,650	6,010	-14	1,536	1,271	-17
Prenatal	2,598	1,940	2,849	10	673	670	0
Pruebas de embarazo	1,562	2,364	2,152	38	616	588	-5
Ultrasonido	1,296	565	901	-30	227	202	-11
Pediatría	-	202	457	126	57	201	253
Infertilidad	596	422	413	-31	122	66	-46
Coloscopia	156	218	403	158	69	127	84
ETS	171	146	146	-15	25	43	72
Postnatal	55	162	27	-51	6	10	67
Otros diagnósticos(2)	129	201	529	310	83	110	33
Otras pruebas de lab	6,845	12,950	8,162	19	2,665	2,629	-1
Otros servicios (4)	26,812	23,953	11,510	-57	4,277	17	-100
Total	92,783	105,464	111,704	20	27,094	27,393	1

- (1) Incremento de 1995 a 1997, salvo en Pediatría, el cual corresponde a 1996-1997
- (2) Otras pruebas de diagnóstico incluyen biopsias y cauterización
- (3) Otras pruebas de laboratorio incluyen química de la sangre, parasitología y orina
- (4) Otros servicios incluyen visitas sobre resultados de citología, visitas pre-operatorias

El hecho de que cada servicio sea rentable o no tal vez no sea la pregunta más adecuada. Los prestadores de servicios de salud por lo general incluyen ciertos servicios que no son rentables a fin de ofrecer un paquete completo de asistencia o de atraer a clientes que tal vez vean una "ventaja más" en una clínica que ofrece servicios adicionales sin costo adicional. Esto no significa que ASHONPLAFA no esté haciendo ninguna de estas cosas, pero existe claramente una razón fundamental para prestar algunos servicios que no son muy rentables o que podrían ser incluso "líderes de pérdidas", ofrecidos para atraer a nuevos clientes. Resulta probablemente más útil analizar el paquete más grande de servicios diversificados y plantear las siguientes interrogantes

- 1) ¿El paquete como un todo está contribuyendo de alguna manera al autofinanciamiento?
- 2) ¿Son innecesarios algunos de estos servicios?
- 3) ¿Existen algunos servicios que deberían añadirse para llenar un vacío o para incrementar el carácter atractivo del paquete global?

Parece evidente a partir de la tabla 5 que la mayoría de los servicios que se ofrecen actualmente son relevantes. Se podría alegar que el cuidado prenatal, posnatal y pediátrico son servicios que se encuentran en el límite, sin embargo, los dos primeros están relacionados claramente con la salud reproductiva y el tercero es una extensión natural de los dos primeros. No se puede decir lo mismo de la odontología, pero el personal considera que existe una necesidad importante no satisfecha en relación con ese servicio, y que dicho servicio será rentable. Lo que falta son servicios de atención de partos y ASHONPLAFA está considerando seriamente la posibilidad de agregar una pequeña maternidad o servicio de partos en por lo menos 3 de sus clínicas: Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba. Aunque estos servicios constituirían elementos significativos, serían costosos ya que convertirían a las clínicas en centros de atención de 24 horas y requerirían una clase distinta de prestadores de servicios. Sin embargo, un miembro del equipo visitó un centro privado de partos de 6 a 8 camas muy exitoso y sencillo en Potrerillos, el cual está a cargo de una partera. El centro sólo atiende partos normales pero hay un médico que esté de guardia en caso de emergencia. Este centro podría servir de modelo para ASHONPLAFA. Si ASHONPLAFA decide abrir un centro de 24 horas, podría agregar igualmente un servicio de cuidado de urgencia pequeño y una farmacia de 24 horas.

En la tabla 5 se muestra igualmente la existencia de una demanda significativa de servicios diversificados, especialmente la citología, ginecología, y medicina general. La demanda de los dos últimos servicios ha aumentado notablemente durante el año pasado. El número de citologías realizadas representa la mitad de los servicios diversificados y equivale a un promedio de aproximadamente 220 por día laboral, o 11 diarios por clínica. Los servicios de ginecología se duplicaron en 1997 y están creciendo aun más rápidamente este año. Las consultas de medicina general, que casi se triplicaron el año pasado, se están triplicando nuevamente este año.

Los servicios diversificados son obviamente populares. El estudio de 1997 sobre la calidad del cuidado de los servicios médicos⁵ de ASHONPLAFA observaron que el 83 por ciento de los clientes entrevistados venían a la clínica para recibir servicios diversificados. Tal y como se expresa en el informe, esto es muy alentador para el autofinanciamiento y demuestra claramente lo atractivo de estos servicios.

El lado negativo de esta situación es que estos servicios no producen directamente ningún APP. Podrían conducir a logros en cuanto a APP's si los clientes aprovecharan los productos de planificación familiar y los servicios disponibles en la clínica. Desafortunadamente, eso no parecía estar sucediendo a finales de 1997, en parte porque el personal no estaba promoviendo la planificación familiar en este grupo de estos clientes. El informe de estudio incluye una recomendación muy seria de que cada persona que venga a recibir un servicio diversificado debería recibir información acerca de la planificación familiar y los servicios según convenga. Esta recomendación quizás se haya acogido, por lo menos en algunas clínicas. Un miembro del equipo hizo un seguimiento de 15 clientes en las clínicas de Tegucigalpa e informó que además de suministrar un excelente servicio, el personal le preguntaba a cada cliente qué método estaba utilizando y aprovechaba la oportunidad para suministrar información y orientación según el caso. Sin embargo, en una clínica regional más pequeña, el mismo miembro del equipo observó que la enfermera que realizaba la citología no mencionaba ningún otro servicio que estuviera disponible incluida la planificación familiar. Cuando se le preguntó más tarde acerca de esta omisión, la enfermera dijo que pensaba que sería buena idea mencionar otros servicios disponibles. Esto dejó sin responder la pregunta sobre si la enfermera no mencionó otro servicio disponible porque no pensaba que debería hacerlo.

Parece que los servicios diversificación están contribuyendo de manera significativa a la meta de autofinanciamiento de ASHONPLAFA. En la tabla 6 se muestra que al agrupar todas las actividades de planificación familiar de 1997 (lo que ASHONPLAFA llama "estrategia"), ASHONPLAFA casi se niveló (97,6 por ciento de autofinanciamiento). No obstante, ASHONPLAFA sufrió aun una pérdida neta de L 228 837. La estrategia diversificada, por otra parte, mostro una ganancia neta de L 3 281 032 --205,4 por ciento de autofinanciamiento.

⁵ "Estudio Calidad de Atención y Satisfacción del Cliente Programa Médico Clínico " ASHONPLAFA, División de Investigación, Evaluación y Estadística. November 1997.

Un hecho que resulta casi igual de asombroso es que ninguno de los servicios diversificados experimento pérdida de dinero, todos registraron ganancias. Tres de los seis servicios de planificación familiar, sin embargo, experimentaron pérdidas.

Tabla 6

Ganancia y pérdida en los servicios de planificación familiar y las estrategias de los servicios diversificados, 1997 (en Lempiras)

Estrategias	Ingreso	Costos	Ganancias/ (Pérdidas)	Bruto Rango	Autofinanci amiento (%)	RI Rang
Planificación familiar						
Cirugía (PSM)	987,799	1,955,622	(967,823)		50.5	
Consultas de métodos permanentes (PSM)	106,719	365,957	(259,238)		29.2	
Consultas de métodos temporales (PSM)	1,032,405	6,925	1,025,480	2	14,908.4	1
Programa de servicios comunitarios (PSM)	5,039,836	4,734,859	304,977	7	106.4	8
Programa de mercadeo social (PSM)	1,628,984	2,335,194	(706,210)		69.8	
Ventas de anticonceptivos (PSM)	485,230	111,253	373,977	6	436.2	2
Total	9,280,973	9,509,810	(228,837)		97.6	
Servicios diversificados						
Cirugía (PSM)	99,322	49,475	49,847	8	200.8	6
		671,078	994,128	3	248.1	3
		1,097,662	510,937	4	146.5	7
		951,866	1,212,014	1	227.3	4
		343,872	401,129	5	216.7	5
Ventas de otros productos (MSP)	12,967		12,967			
Total	6,294,975	3,113,953	3,181,022		205.4	

Nota: Bruto de rango = monto más alto de ganancia, Recuperación de la inversión por (RI) = mejor rédito por Lempira invertida.

Las columnas de rango muestran que en términos de ganancia bruta, los exámenes de citología fueron los más favorecidos, seguidos por las consultas de planificación familiar en el caso de los métodos temporales. En términos de "recuperación la inversión", el mismo servicio de planificación familiar se encontraba en primer lugar, seguido por las ventas de anticonceptivos.

De los servicios diversificados, las consultas y los exámenes de citología fueron las mejores inversiones

El programa de contabilidad de costos que utiliza actualmente ASHONPLAFA es nuevo, es por ello que no se disponía de información correspondiente a 1995 y 1996. Además, el programa sólo permite seis categorías, razón por la cual no es posible generar informes detallados acerca de los servicios de diversificación. Por ejemplo, todas las consultas se agrupan y eso hace que no podamos determinar la rentabilidad de la ginecología, medicina general, pediatría u otras consultas. ASHONPLAFA está planificando instaurar un nuevo programa de contabilidad de costos este año, el cual permitiría a ASHONPLAFA computar los datos de ganancia acerca de todos los servicios que desee.

El sistema actual puede generar datos trimestrales para 1997 para compararlos con los de 1998. Los datos de primer trimestre de cada año se incluyen en el Apéndice D, tabla D-5. Sin embargo, estos datos deben interpretarse con cuidado ya que las variaciones, según las estaciones, pueden hacer que algunos componentes parezcan rentables en un trimestre y no rentables en otro trimestre. Como se mencionó anteriormente el sistema no nos permite examinar cada servicio en particular (por ejemplo, ginecología o medicina general) ya que todos los servicios están agrupados en la categoría de consultas.

No obstante, podemos identificar los servicios que generan más ingresos: citología, servicio que generó L 2,2 millones en 1997, ventas de medicamentos, con L 0,6 millones, ginecología, con L 1,2 millones, servicios de laboratorio clínico, con L 0,7 millones, y clínicas familiares, con L 0,6 millones. No se disponía de cifras correspondientes a los servicios de pediatría y odontología, pero se preveía que ambos servicios alcanzarían ganancias de L 94 mil y 60 mil respectivamente en 1998. Es importante tener presente que estas cifras representan sólo ingresos, no disponemos de datos sobre los costos, de manera que no podemos determinar si estos servicios eran los más rentables.

Conclusiones

Los servicios diversificados, en su conjunto, están produciendo resultados favorables y puede esperarse que continúen haciéndolo. Todos los servicios que se prestan actualmente son relevantes y están ampliando la gama de servicios de salud reproductiva de ASHONPLAFA en la dirección exacta que se desea. Sin embargo, el de odontología es la excepción. El cuidado de maternidad es un servicio obvio que no se ha incluido aún. Una razón importante para ofrecer servicios complementarios de salud reproductiva es atraer más clientes hacia los servicios de planificación familiar. Ciertas pruebas muestran que esto no sucede en todas las clínicas, especialmente en las pequeñas.

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería continuar ampliando sus servicios de salud reproductiva a tantas clínicas como sea posible. El cuidado de maternidad, o los centros de partos sencillos con pocos equipos, deberían considerarse de manera seria. Los servicios de odontología deberían ser supervisados de cerca a fin de determinar si realmente están dando valor a las clínicas de ASHONPLAFA. Es necesario recordar al personal que piense en todos los clientes como clientes potenciales de los servicios de planificación familiar y que les ofrezcan información sobre y asistencia adecuada acerca de la familiar.

- 6. Servicios diversificados y clientela de clase media: Los servicios diversificados están diseñados para atraer a los hombres y mujeres de clase media a los centros de ASHONPLAFA. ¿Las instalaciones son lo suficientemente adecuadas para este tipo de clientela? ¿Las personas que prestan estos servicios están capacitadas para atender a este tipo de clientela? ¿Qué pasos complementarios tiene que dar ASHONPLAFA para atraer a la clase media a sus instalaciones?**

Hallazgos

ASHONPLAFA está intentando atraer a clientes de las clases "media-baja" y "media-media", mas no a clientes de la clase "media-alta". Estos últimos utilizan prestadores privados más costosos. La clientela de las clases media-baja y media-media esta compuesta por maestros, trabajadores de fabrica, empleados de tiendas, trabajadores del gobierno y otros con cargos fijos asalariados. De acuerdo con la propia investigacion⁶ de ASHONPLAFA y las observaciones de muchos de los prestadores de servicio de primera línea, tales clientes de la clase media están acudiendo a las clínicas de ASHONPLAFA y se sienten satisfechos con las instalaciones y el personal. Las razones principales de esta satisfacción parecen ser que las clinicas de ASHONPLAFA y sus servicios son mejores y más economicos que los que se encuentran en el sector privado. Las clínicas son más limpias, mas atractivas y más cómodas, el personal es mas capacitado, más considerado y tiene una mayor capacidad de respuesta, y los precios de los productos y servicios son mucho mas bajos en comparacion con la mayoría de las clinicas médicas del sector privado.

Ya se ha llevado a cabo gran parte de la remodelación y actualización de las instalaciones médicas y se preven aun otras actividades de este tipo. La mayor parte de las clínicas han reorganizado sus pasillos a fin de mejorar el flujo de pacientes, hacer que las salas de espera sean mas cómodas y ampliar los servicios. La mayoría de las clínicas se han pintado recientemente. Se han comprado nuevos muebles y se han instalados máquinas dispensadoras

⁶ "Estudio sobre Calidad de Atencion y Satisfaccion de Clientes del Programa Medico Clinico. Evaluacion realizada a nivel nacional." ASHONPLAFA, 1997 (also 1996)

de modo que los clientes puedan adquirir refrescos mientras esperan. Asimismo, se ha instalado aire acondicionado en la mayor parte de las clínicas. Algunas, tales como la de San Pedro Sula, Tocoa, La Ceiba, El Progreso y Santa Rosa de Copan están bien iluminadas, son atractivas y modernas. Sin embargo, otras, tales como las de Puerto Cortés, La Entrada, Juticalpa y Danli necesitan renovación. Tal renovación se está llevando a cabo en algunas de estas clínicas. La clínica de Puerto Cortés, por ejemplo, está ubicada en el segundo piso del estadio deportivo. La ventaja de esa ubicación es que todos saben dónde está. La desventaja es que el espacio es reducido, sucio y mal iluminado. ASHONPLAFA está considerando la posibilidad de reubicar la clínica a un lugar más atractivo. La clínica de Juticalpa se encuentra igualmente bien ubicada, sin embargo, no hay aire acondicionado en la sala de espera ni en algunas de las otras salas y, por lo tanto, hace mucho calor. El interior de la clínica también necesita trabajos de pintura, renovación y muebles más cómodos. No obstante, todas estas deficiencias se están corrigiendo y, aunque no se corrijan, la mayoría de los clientes continúan pensando que las instalaciones de ASHONPLAFA son mejores que la mayor parte de los proveedores privados.

El personal en estas clínicas también es bien visto, según los hallazgos de las investigaciones sobre la calidad de los servicios y de acuerdo a nuestras propias observaciones. Todas las clínicas que visitamos estaban compuestas por personal de enfermería profesional (enfermeras con diploma universitario), un médico, o ambos. Todos los proveedores parecían capacitados, con experiencia, competentes y sensibles. Los promotores ayudaban con frecuencia al proveedor principal, realizaban el registro de los pacientes, suministraban información, vendían medicinas o llenaban formularios. La mayoría de estas personas eran promotoras de "salud reproductiva" cuyo trabajo principal era llevar a cabo actividades de educación sanitaria y trabajos de promoción de los servicios en el campo, tanto rural como urbano. Parece ser una pérdida de su tiempo y talento utilizar a estas personas para trabajo administrativo en las clínicas. Aparentemente, esta es una medida para ahorrar costos, pero ellos serían más productivos (y probablemente se sentirían más cómodos) en el campo. Sería posible contratar empleados con salarios más bajos como asistentes de las clínicas.

Asignar a los promotores a realizar actividades administrativas en algunas clínicas les está impidiendo llevar a cabo todo el trabajo de promoción para el cual se les contrató. Esto, a su vez, está reduciendo la demanda de los servicios tanto en las zonas rurales como urbanas ya que los promotores tienen menos tiempo para identificar, orientar y remitir a sus clientes a los servicios clínicos. El personal promotor y de clínica identificó de manera constante la promoción como una de las necesidades más grandes. La promoción se ve obstaculizada, sin embargo, por la falta de vehículos, sistemas portátiles de comunicación con el público (altavoces), cintas y reproductores de cinta, además del tiempo del promotor.

El problema mayor que ASHONPLAFA ha experimentado al atraer más clientes de la clase media es su imagen como organismo gubernamental que presta servicios a la clase menos pudiente. ASHONPLAFA ha realizado gestiones para superar esta imagen, empezando con la

investigación que lo identifico inicialmente como un problema⁷ ASHONPLAFA ha diseñado una campaña de mejoramiento de su imagen dirigida a la clase media y llevó a cabo actividades especiales de promoción destinadas a la clase media, incluidos anuncios de radio y televisión, charlas con los grupos empresariales y recorridos de puerta a puerta. El personal de ASHONPLAFA considera que estas gestiones están redundando en un número mayor de visitas, sin embargo, este trabajo promocional deberá continuar durante mucho tiempo si se desea que la imagen de ASHONPLAFA quede arraigada en las mentes del grupo destinatario.

El estudio de 1996 sobre la satisfacción del cliente incluyó una pregunta acerca de los años de educación, la cual puede servir de indicador del estado socioeconómico. Este estudio mostró que el 32 por ciento de los clientes habían cursado la educación secundaria y superior. Desafortunadamente, el estudio de 1997 no incluyó esta pregunta de manera que no podemos determinar si el número de clientes de la clase media ha aumentado. Sería útil incluir tal indicador para determinar si el programa está, de hecho, atrayendo a más mujeres de la clase media.

Conclusiones

Las instalaciones y el personal de ASHONPLAFA son adecuados para atraer a los clientes de la clase media. ASHONPLAFA es considerada por esta clase media que ha utilizado sus servicios como una entidad que presta servicios de mejor calidad y más económicos que la mayoría de los prestadores privados. El problema, tanto en las zonas urbanas como rurales, es la falta de promoción adecuada para permitirle a ASHONPLAFA superar su imagen de organismo gubernamental que presta servicios a la clase menos pudiente. La falta de información sobre los servicios ofrecidos constituye una brecha considerable.

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería continuar remodelando y actualizando sus clínicas regionales y satélites. Las actividades de promoción deberían continuar en las zonas urbanas especialmente entre los clientes potenciales de la clase media a fin de superar el problema de la imagen de ASHONPLAFA e informar a la gente acerca de la amplia gama de servicios de salud que están a su disposición.

- 7. Incrementar el uso del sector privado: de acuerdo con los datos de la encuesta de 1996, un número considerable de hombres y mujeres que están en condiciones de pagar por servicios de salud utilizan los servicios del MS. Los datos de la encuesta muestran igualmente que la utilización de los servicios de salud del sector privado es**

⁷ Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Práctica de la Población (CAP). Estudio realizado con la asistencia de la Universidad Johns Hopkins," ASHONPLAFA, 1997.

baja, especialmente en los dos centros urbanos principales del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula ¿Qué puede hacer ASHONPLAFA para llenar este vacío en el sector privado?

Hallazgos

ASHONPLAFA ya está haciendo muchas gestiones para atraer a clientes que tienen la capacidad de pagar por sus servicios. Estos esfuerzos continuarán y se puede esperar que muestren resultados lentamente en el transcurso del tiempo ya que se requiere de tiempo y dinero para cambiar una imagen bien establecida. Dado que ASHONPLAFA está tratando de reducir los costos, se puede esperar que este cambio tome más tiempo que si la Asociación tuviera los fondos disponibles para invertir en una campaña mucho más amplia para el mejoramiento de su imagen.

Como se mencionó anteriormente, ASHONPLAFA está diversificando igualmente sus servicios para incluir servicios amplios de pediatría en Tegucigalpa y San Pedro Sula. De tener éxito, estos servicios atraerían a más clientes, incluidos los que dependen del MS.

No obstante, existen otras oportunidades que ASHONPLAFA debería tal vez examinar. Entre las razones que esgrimen las personas que podrían pagar por los servicios y que utilizan probablemente las fuentes del MS para obtener anticonceptivos y servicios se encuentran las siguientes:

- Pocos médicos y clínicas privadas ofrecen servicios de planificación familiar y anticonceptivos,
- Los que sí ofrecen estos servicios son por lo general de calidad deficiente y costosos, y
- ASHONPLAFA, el prestador líder de servicios económicos y de alta calidad, sólo tiene una clínica en Tegucigalpa y una en San Pedro Sula y el acceso a estas es bastante limitado.

En resumen, muchas de las personas que podrían utilizar el sector privado tal vez lo harían si fuera más accesible, con precios más razonables y de una calidad adecuada. Parece extraño que ASHONPLAFA tenga solamente una clínica en una ciudad de 800 000 habitantes. Dado el carácter precario de terreno y los servicios deficientes de transporte en Tegucigalpa, por ejemplo, parecería razonable que ASHONPLAFA tuviera numerosas clínicas satélites en distintas partes de la ciudad. ASHONPLAFA ha llevado a cabo varios estudios de factibilidad en años recientes y ha planificado abrir clínicas satélites en varias localidades. Sin embargo, la Asociación tal vez no haya examinado todas las opciones para el financiamiento de tales servicios. Las clínicas podrían ser propiedad de ASHONPLAFA y contar con enfermeras profesionales (con médicos locales "de guardia", según sea necesario), pero las clínicas también podrían establecerse como franquicias que podrían venderse a los médicos o

enfermeras, o arrendarse a medicos o enfermeras sobre una base modificada de "riesgo compartido"

Seria importante examinar igualmente otros puntos de prestación de servicios (PPS) potenciales, tales como las "clínicas de mujeres" en *maquilas*, otras fábricas y en zonas agrícolas, quioscos de ASHONPLAFA en ferias locales, o una unidad móvil que ofrezca todos los métodos y servicios de salud reproductiva importantes. La realización de sesiones grupo para la sugerencias de ideas con personal central y regional de ASHONPLAFA podría sin duda generar otras ideas.

Tal vez valga la pena igualmente considerar varias otras maneras de atraer clientes de la clase media. Aceptar el pago con tarjeta de crédito, por ejemplo, servir de proveedor de servicio para los planes de seguros privados de asistencia sanitaria, y asignar a un "médico principal" para aquellas mujeres que prefieran ser examinadas por el mismo médico durante cada visita. En general, ASHONPLAFA debería adaptar un enfoque de mercadeo social a la comercialización de sus servicios (no sólo sus productos) a nivel de la clase media.

Conclusiones

ASHONPLAFA ya está realizando gestiones destinadas a ampliar la utilización de los servicios de planificación familiar y anticonceptivos del sector privado. Sin embargo, ASHONPLAFA cuenta con pocas clínicas, lo cual limita el acceso a las mismas, especialmente en las principales zonas urbanas. Tal vez existan otras oportunidades que permitan a ASHONPLAFA ampliar su red de servicios y atraer enfermeras, parteras y médicos privados para que participen en la prestación de servicios de planificación familiar.

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería examinar la posibilidad de crear numerosas clínicas satélites, especialmente en las zonas urbanas, en las que los clientes de la clase media son más numerosos.

8 Definición de "Autosuficiencia financiera" ¿Cuál es la definición funcional de autosuficiencia financiera utilizada en el proyecto PSP III? ¿Cómo mide ASHONPLAFA la autosuficiencia financiera? ¿Cómo se mide la autosuficiencia financiera en los programas de planificación familiar de otros países? Discuta cualquier diferencia que exista en cuanto a la definición o la metodología de medición y haga una recomendación para el caso de ASHONPLAFA

Hallazgos

El "autofinanciamiento", la "autosuficiencia" y la "sostenibilidad" son términos utilizados de manera indistinta en el proyecto PSP III. Sin embargo, estos tres términos tienen significados diferentes. Autofinanciamiento significa que la organización financia todos sus costos con sus propios recursos. Autosuficiencia significa que no se necesita ningún tipo de ayuda externa. Sostenibilidad se refiere al mantenimiento continuo de algo, que podría ser un programa, una organización, una actividad, incluso un insumo. No existe restricción en cuanto a la fuente de apoyo. El prefijo "auto" impone una restricción importante. En algunos países, ese es el objetivo --una organización llega al punto en el que es capaz de funcionar sin necesidad de ayuda externa. En muchos otros países, este no es el caso. El objetivo suele ser "sostener" un programa utilizando cualquier medio legal disponible, incluida la financiación mediante impuestos, otros donantes y diversas actividades generadoras de ingresos que no forman parte del proyecto. El objetivo de ASHONPLAFA, lograr el pleno autofinanciamiento, tal vez no sea el mejor objetivo.

Existe cierta inquietud de que ASHONPLAFA tal vez no esté midiendo con precisión su estado de autofinanciamiento. La Asociación tal vez no incluya los costos indirectos, la depreciación ni otros costos. Este no parece ser el caso. ASHONPLAFA cuenta ahora con un sistema muy extenso, aunque bastante sencillo, de contabilidad de costos, el cual le permite examinar los costos y los ingresos de distintas maneras. La División de Administración y Finanzas genera varios informes que permiten a ASHONPLAFA (y las regiones, clínicas y departamentos centrales) vigilar el ingreso y los costos en que ha incurrido cada programa, servicio y región. Una clínica, por lo tanto, puede vigilar sus costos, ingresos y ganancias o pérdidas cada mes, lo cual resulta muy útil dado que permite a la clínica obtener información acerca de las variables que se encuentran bajo su control. La división genera igualmente datos que distribuyen los costos indirectos a nivel de todos los programas y regiones de manera que los gerentes puedan trazar gráficos del progreso global de la organización.

La División cuenta con información muy completa y detallada acerca de todos los costos e ingresos (por fuente) y puede generar una amplia gama de datos sobre otros costos a solicitud. Por ejemplo, puede preparar desgloses de la cantidad de dinero que el programa de servicios a la comunidad gastó en transporte en cada región. Puede generar coeficientes tales como el costo por APP, costo por empleado o costo por vehículo. Los informes financieros preparados por la división son fáciles de entender y se utilizan ampliamente a nivel de todo el organismo.

Existe sin embargo un problema, pero el mismo no está relacionado con la contabilidad de costos. Está vinculado al concepto de "autosuficiencia financiera". Esta medida se centra en el dinero más que en los resultados y en los insumos más que en el producto. El enfoque de autofinanciamiento no especifica lo que es importante o no sostener. Sencillamente insta a la recaudación de dinero (y a la reducción de costos suficientes) a fin de mantener la organización tal como esta, sin tomar en cuenta los resultados de los servicios ni de la salud. Cuando se realizan reducciones en los costos, la tendencia natural es a reducir los insumos costosos, tales

como vehículos, equipos y personal ya que estos son los más grandes ahorros que se pueden realizar ASHONPLAFA está llevando a cabo tales reducciones Las reducciones se han hecho en esos insumos sin tomar mucho en cuenta la repercusión que esto pueda tener en los servicios esenciales y en los resultados finales Esta es una de las razones por las cuales existe una grave escasez de vehículos, transporte y promoción, lo cual ha causado descensos en la esterilización y la aceptación de los DIU Al mismo tiempo, servicios generadores de ingresos tales como la psicología y la pediatría generan ingreso (entradas) pero tienen muy poco o ningún efecto en los resultados de la planificación familiar

Un enfoque más aceptado consiste en comenzar por el final de la cadena de insumos-resultados y trabajar hacia atrás, determinando en primer lugar qué resultados desea sostener ASHONPLAFA (por ejemplo, un TUA de x con una mezcla de métodos modernos de y) La estrategia para sostener estos objetivos se crearía, programas para llevar a cabo estas estrategias se diseñarían, y, finalmente, los recursos necesarios para apoyar este programa se identificarían Éste es básicamente un ejercicio de planificación, pero se hace hincapié en el apoyo de resultados específicos, no en el apoyo de un nivel dado de ingresos

El equipo no sugiere que ASHONPLAFA abandone sus metas de autofinanciamiento Se ha logrado un progreso significativo y ASHONPLAFA está avanzando en la dirección correcta Sin embargo, sería útil superponer una matriz de "sostenibilidad de resultados" en la estrategia actual ASHONPLAFA podría entonces dar una nueva orientación a su estrategia de autofinanciamiento a fin de sostener sus servicios más importantes

Conclusiones

La definición funcional de ASHONPLAFA del "autofinanciamiento" es la relación entre ingresos y costos, expresada en porcentajes El sistema de contabilidad de costos es capaz de medir este porcentaje para el programa como un todo, al igual que por programa, región y clínica El sistema es amplio y simple Los informes generados son fáciles de entender y se utilizan ampliamente en el seno de ASHONPLAFA Desafortunadamente, el enfoque de autofinanciamiento obliga a la asociación a concentrarse en los costos y el ingreso más que en apoyar los resultados deseados Tal vez sería necesario crear un marco de "sostenibilidad de resultados"

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería considerar la reorientación de su estrategia de financiamiento a fin de centrarse en el sostenimiento de los resultados importantes relativos a la planificación familiar y a la salud reproductiva más que en los insumos

4. LOGRO DE APP's

4.1 Visión general de los hallazgos

La USAID ha mostrado cierta inquietud igualmente acerca de la capacidad de ASHONPLAFA de tener cierta repercusión en el uso de anticonceptivos. El documento de proyecto de 1995 señala que Honduras es un "país de estabilización", en el que el uso de los métodos anticonceptivos modernos ha aumentado lentamente en los años recientes. El uso de métodos modernos era de un 30 por ciento en 1984, 35 por ciento en 1991 y 41 por ciento en 1996. Los métodos tradicionales, sin embargo, pasaron de un 5 por ciento en 1984 a un 12 por ciento en 1991, pero disminuyeron a un 9 por ciento en 1996.

APP's se utiliza como medida de sustitución en los años transcurridos entre las encuestas. La preocupación de la USAID acerca de la falta de progreso fue expresada claramente en el alcance de trabajo de esta evaluación. "El problema más desestabilizador que ASHONPLAFA ha experimentado desde 1996 es su incapacidad de mantener el logro en cuanto a APP's a los niveles de 1995. Solo un 76 por ciento de esta meta se alcanzó en 1997".

A pesar del hecho de que la USAID ha estado de acuerdo con que "la meta principal de ASHONPLAFA es alcanzar su autosuficiencia en el periodo más corto posible" y que "los planes de ASHONPLAFA de ampliar sus servicios a fin de incrementar los APP's se pospusieron" existe todavía la esperanza de que los APP's puedan aumentar. Se solicitó al equipo de evaluación que identificara la manera de "tener nuestro propio pastel y poder comerlo también", como dijo un funcionario de la USAID. ¿Es posible incrementar al mismo tiempo los logros en cuanto al APP's y la autosuficiencia?

Este capítulo responde siete preguntas específicas planteadas en el AT acerca de la experiencia con la compensación de "riesgo compartido" para los médicos, subsidios cruzados provenientes de mercadeo social, el uso de OPD y los servicios diversificados. Las preguntas plantean igualmente porque APP's ha disminuido y que puede hacerse para aumentarlos, especialmente en las zonas rurales donde la necesidad es mayor.

4.2 Preguntas y respuestas

- 1 **Por qué los logros en cuanto a APP's ha disminuido. los logros en cuanto a APP's han disminuido durante los últimos dos años, especialmente en el programa médico/clínico y el programa de mercadeo social. ¿Qué explica este descenso y que puede hacerse para invertir esta tendencia?**

Hallazgos

En la tabla 7 se muestran los cambios en el logro de APP's durante los últimos años. En 1996, el IAPP total disminuyó en un 17 por ciento, en 1997 el IAPP disminuyó otro 8,6 por ciento. Este año las cifras del primer trimestre son alentadoras. Si esta tendencia continúa durante el resto del año, los APP's deberían aumentar un 8,6 por ciento y regresar al nivel de 1996.

Esta recuperación se debe principalmente al éxito reciente del PMS, el cual se espera que alcance un IAPP de 40 000 este año, un aumento del 175 por ciento con respecto a 1997. El PMS pasará al programa de servicios comunitarios (PSC) para convertirse en el segundo contribuidor más grande al IAPP.

Tabla 7

Logros en cuanto a APP's* 1995-1998

	1995	1996	1997	1998 Previsión	1998 1 ^{er} Trimestre
Total	207,495	172,607	157,770	171,400	42,850
Servicios médicos/clínicos	129,374	106,044	94,709	95,172	23,793
Servicios comunitarios	50,695	47,844	48,482	36,208	9,052
Mercado social	27,426	18,719	14,579	40,020	10,005
Región I, Tegucigalpa	89,331	71,538	65,232	89,924	22,481
Región II, San Pedro Sula	54,181	44,285	40,766	37,856	9,464
Región III, Choluteca	14,143	11,228	10,563	8,132	2,033
Región IV, La Ceiba	21,789	23,225	21,650	18,832	4,708
Región V, Copán	12,151	13,629	14,733	12,376	3,094
Región VI, Juticalpa	10,900	8,702	4,826	4,468	1,117

El generador principal de años-pareja de protección es el programa de servicios médicos/clínicos (PSM), el cual también ha registrado la mayor parte del descenso a nivel de APP's en los últimos años. Parece estar nivelándose este año, pero todavía se encuentra un 26 por ciento por debajo del nivel de 1995.

Los logros en cuanto a APP's del PSM se ven influidos significativamente por el numero de esterilizaciones e inserciones de DIU realizadas. En 1995, estos dos metodos representaban el 99 por ciento de los logros de APP del PSM. Los dos métodos representan aún el mismo porcentaje en 1998, pero el numero de procedimientos ha disminuido significativamente, lo cual constituye la razon principal del descenso de APP's del PSM. En 1995, estos dos métodos representaron la cifra de 127 828 a nivel de APP's, pero in 1998 solo representarán 92 700. Esto equivale a un 97 por ciento de la diferencia en APP's entre los dos años.

La distribucion regional de los logros en cuanto al IAPP es desalentadora. Sólo la Región I parece que registrara un incremento en APP's en 1998. En todas las demás regiones, se espera un descenso. Al comparar la meta de 1995 con las proyecciones para 1998, sólo las regiones I y V alcanzarán la meta de 1995 este año y los APP's de esta última region disminuirán realmente en comparacion con la meta de 1997. Las regiones VI, III y II son las mas rezagadas, ya que se encuentran un 59, 43 y 30 por ciento por de bajo de los niveles de 1995, respectivamente.

Segun la informacion obtenida de las entrevistas realizadas a miembros del personal regional y de campo, tres factores principales parecen responder a los descensos de los procedimientos de DIU y EV: 1) incrementos en los precios, 2) reducciones en la promoción, y 3) reduccion en el transporte de clientes a las clinicas. Estos tres factores afectaron a las mujeres pobres y de las zonas rurales mas que a las mujeres de la clase media y urbana. A pesar de que esto es comprensible, incluso predecible, se trata de un resultado desafortunado de la necesidad de ASHONPLAFA de reducir sus costos y aumentar sus ingresos para convertirse en una asociación autosuficiente. A pesar de que el IAPP está aumentando actualmente, las gestiones para aumentar las esterilizaciones e inserciones de DIU entre la población pobre y rural exijan aun precios abordables, promoción y transporte.

Conclusiones

La disminucion del IAPP se debió en gran medida al descenso de los procedimientos de esterilización y DIU. Esto, a su vez, se debio en gran parte a tres factores: 1) el aumento de los precios, 2) la reducción de la promoción, y 3) la reduccion en el transporte de los clientes a las clínicas. Estos factores deberán invertirse si se desea que las mujeres pobres y rurales tengan pleno acceso a estos servicios.

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería continuar promoviendo sus servicios de salud reproductiva (incluidos los métodos de esterilización y DIU) entre las mujeres de la clase media y urbana. Sin embargo, necesita igualmente encontrar la manera de prestar servicios a las mujeres de bajos ingresos y de las zonas rurales si desea aumentar el IAPP de manera significativa. El enfoque mas directo sería reducir los precios para estas mujeres y ofrecer más servicios de promoción y transporte a las clínicas.

2 El efecto del "riesgo compartido" en el logro de APP's ¿Cómo afecta el nuevo método de pagar a los médicos (riesgo compartido) al logro del IAPP del programa médico/clínico?

Como resultado del recorrido de estudio realizado en Profamilia, en Colombia, y de sus propios estudios de los costos de los servicios médicos y clínicos⁸, ASHONPLAFA decidió reducir los pagos a los médicos por sus servicios. Se introdujo un sistema de "riesgo compartido" a principios de 1997 según el cual el costo de ASHONPLAFA para apoyar cada servicio, tales como las instalaciones, equipo y suministros) se deducía del precio y el resto se dividiría entre ASHONPLAFA y el médico que prestó el servicio. A pesar de que el monto ganado por paciente por los médicos se redujo realmente, el ingreso podría compensarse con un volumen más elevado. Al principio, los médicos mostraban cierta resistencia a este esquema y algunos médicos decidieron renunciar. Con el tiempo, los médicos que se quedaron, aceptaron el nuevo sistema. Sin embargo, un punto débil de este nuevo sistema de riesgo compartido es que como los médicos no son empleados, pueden irse en cualquier momento, y algunos lo han hecho. A veces puede suceder que algún médico no se presente a su sesión, que se tome una semana para asistir a una conferencia o una semana de vacaciones, o en el peor de los casos, decida no trabajar más para ASHONPLAFA después de haber recibido la capacitación especial.

Hallazgos

El sistema de riesgo compartido ha tenido un éxito impresionante, desde el punto de vista financiero. Tanto ASHONPLAFA como los médicos están produciendo más dinero que anteriormente y los médicos están muy contentos. Además, dado que su ingreso depende del volumen, los médicos tienen un incentivo para atender a tantos clientes como sea posible durante una sesión de clínica⁹ y alentar a los nuevos clientes a que regresen a la clínica. La adición de nuevos servicios ha ayudado a los médicos a crear una base más amplia de clientes y, por ende, un mayor volumen. Tanto los médicos generales como los especialistas se benefician del sistema. ASHONPLAFA se ha beneficiado del sistema y de la adopción de una nueva política de ajuste de los precios según la inflación. Los precios se examinan cada seis meses y se modifican según las necesidades.

Los datos anuales que se presentan en la tabla 8 muestran un incremento significativo tanto en

⁸ Estos estudios se llevan a cabo anualmente por ejemplo, "Estudio de precios de los productos y servicios ofrecidos por los programas realizados en los seis Centros Regionales de la Asociación," ASHONPLAFA, 1995, 1996, and 1997

⁹ Para garantizar que se conceda el tiempo adecuado a cada paciente las normas de ASHONPLAFA limitan el número de pacientes que debe ver cada médico a 4 o 6 por hora, según el tipo de consulta

el ingreso como en los costos de los servicios medicos y clínicos El ingreso aumento un 178 por ciento y los costos aumentaron un 89 por ciento entre 1995 y 1997 Sin embargo, los servicios médicos funcionan aun a un nivel significativo de pérdida, aunque ya han superado la meta del proyecto de un 63 por ciento de autofinanciamiento para el año 2000

Tabla 8

Costos, ingresos, y APP's del programa médico/clínico, 1995-1998

Servicios médicos	Años			Aumento (%)	Trimestres		Aumento (%)
	1995	1996	1997		1997 (I/4)	1998 (I/4)	
Income	3 258 534	4 938 729	9 050 500	177 7	1 958,231	2,937 578	50 1
Expenses	6 005 338	7 913 609	11 349,057	89 0	1,469 961	2 592,636	76 4
Profit/(Loss)	(2 746 804)	(2,974 880)	(2 298 557)	-16 3	488,270	344 942	-29 4
Percent Self-Financing	54 3%	62 4%	79 7%		133 2%	113 3%	
CYP	129 374	106 044	94 709	-27 1	26 733	23 793	-11 0

Nota Ver Apéndice D, Tablas D-3 y D-4 para mayores detalles

Los datos trimestrales muestran que el PSM mostró realmente una ganancia durante el primer trimestre de 1997 y 1998 Esto probablemente no continuará, sin embargo, ya que el presupuesto de gastos para el año es de más de L 18 millones, lo cual representa un promedio de L 4,5 millones por trimestre

La pregunta principal es cómo repercute el "riesgo compartido" en el logro de APP's APP's que se atribuye al programa de servicios medicos/clínicos ha disminuido significativamente durante los últimos tres años, una disminucion total del 27 por ciento (disminución de mas de 35 000 en el IAPP por año) Los datos del primer trimestre muestran que hasta ahora el logro del IAPP se encuentra en 1998 un 11 por ciento por debajo del nivel de 1997

La causa principal de este problema es la disminución en la aceptacion de las EV y de los DIU Los APP's correspondientes a las EV femeninas se encuentran a un 69 por ciento de la meta Las inserciones de DIU se encuentran a un 84 por ciento y la vasectomia (metodo menos utilizado) se encuentra a un 86 por ciento Este descenso se debe a que existe un numero menor de pacientes Este numero reducido de pacientes es el resultado de los tres factores que se mencionaron anteriormente 1) precios mas elevados, 2) menor promoción y 3) transporte limitado de los clientes a las clinicas La USAID ha recomendado varias veces que ASHONPLAFA adopte un programa de escala corrediza para los honorarios de manera que los clientes de menor recurso paguen menos que aquellos que pueden pagar más No obstante, el

equipo no observó ningún ejemplo de escalas corredizas en las clínicas visitadas. Todos los precios son fijos y están publicados, excepto la esterilización. El precio de la esterilización se negocia y se reduce significativamente para aquellos que no pueden pagar el precio completo. Algunas clínicas parecen tener una política de no rechazar a nadie que pida una esterilización, otros parecen exigir un pago mínimo de L 100 a L 200. Los precios de todos los servicios y de la mayoría de los anticonceptivos varía según la región a fin de dar cabida a las diferencias en el ingreso y el costo de vida. Este sistema, aunque necesita algunos ajustes, parece funcionar bien y es lo suficientemente flexible, a la vez que evita las intrusas "pruebas de medios" y los trámites que exige la mayoría de las escalas corredizas.

Conclusiones

El sistema de riesgo compartido ha sido aceptado por los médicos, quienes están bastante satisfechos con el mismo. Los médicos ganan ahora más dinero que antes, al igual que ASHONPLAFA. No obstante, el sistema no ha aumentado los logros en cuanto a APP's, el cual se mantiene al mismo nivel de 1997, es decir, a un 74 por ciento de la meta. Hasta ahora, el sistema ha ayudado a mejorar ligeramente el autofinanciamiento, pero no ha ayudado a mejorar el IAPP. Sin embargo, el sistema es muy reciente y sería prematuro concluir que no tendrá una repercusión en el futuro.

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería supervisar el impacto del sistema de riesgo compartido en las ganancias y pérdidas al igual que en la producción a nivel de APP's. Deberían llevarse a cabo análisis trimestrales de esta información en relación con los servicios médicos y clínicos de Tegucigalpa y San Pedro Sula, en particular. El personal de ASHONPLAFA debería conocer estos resultados preliminares y debería alentarse a que aconsejen y eduquen a todas las mujeres que vienen en busca de servicios "diversificados" acerca de los beneficios de la planificación familiar. Debería alentarse igualmente a los médicos a que realicen lo mismo.

- 3 Asegurar que ASHONPLAFA se centre en la planificación familiar: ¿Qué puede hacerse para garantizar que ASHONPLAFA continúe centrándose en la planificación familiar a la vez que diversifica sus servicios a fin de incrementar los ingresos?**

Hallazgos

Existe cierta inquietud en el seno de la USAID mas no en el seno de ASHONPLAFA de que la presión de convertirse en una asociación autofinanciada podría transformar a la Asociación en un "negocio de salud" en el que la ganancia, mas que la promoción de la planificación familiar, constituye el objetivo principal.

El equipo no encontro pruebas de tal transformación. Todos los que discutieron el tema, desde los gerentes centrales hasta las enfermeras de las clinicas, estaban convencidos de que ASHONPLAFA es, y seguira haciendo, una institucion de servicio social, que la promoción de la planificación familiar constituye su misión y que la diversificación de los servicios es un medio necesario para este fin. Como lo señalaron varios empleados, "nos damos cuenta de que la planificación familiar no puede autofinanciarse. Por lo tanto, debemos añadir otros servicios de manera que podamos seguir recaudando el dinero necesario para prestar servicios de planificación familiar a nuestra población. Esta es nuestra misión".

La carta de ASHONPLAFA le prohíbe convertirse en una institución lucrativa. Su misión la limita a actividades relacionadas con la salud. Esta restricción no tiene que ver tanto con sus fuentes de ingreso como con el uso de los fondos. Por lo tanto, sería perfectamente aceptable que ASHONPLAFA entrara en el negocio de venta de ambulancias y utilizara esas ganancias para prestar servicios sanitarios a los pobres.

Conclusiones

ASHONPLAFA no tiene la intención de cambiar su misión. Además, tiene prohibido cambiar su misión de organismo de servicio social sin fines de lucro que trabaja en el campo de la salud para el beneficio de los ciudadanos hondureños a una organización para proyectos.

Recomendaciones

Ninguna

- 4 Logro del mercadeo social en 1997, el PMS generaba menos del 10 por ciento del logro total de APP's de ASHONPLAFA. ¿Es necesario continuar con este programa? ¿Por qué o por qué no? ¿Qué repercusión tendría la eliminación de este programa en el logro total de APP's de ASHONPLAFA y sus metas de autofinanciamiento?**

Hallazgos

El PMS ha experimentado un vuelco notable y positivo durante los últimos seis meses. Las ventas comenzaron a mejorar hacia noviembre de 1997 y se fortalecieron en el transcurso del primer trimestre de 1998. Los APP's aumentaron como consecuencia. Tanto los condones como los anticonceptivos orales excedieron sus metas trimestrales en un 50 por ciento (véase la tabla 9). Según las previsiones del equipo, APP's alcanzara la cifra aproximada de 40 000 en 1998, en comparación con 14 579 en 1997. El ingreso correspondiente al primer trimestre es equivalente al ingreso total de 1997 y podría alcanzar más de L 6 millones in 1998.

Tabla 9

Costos, ingresos y IAPP del programa de mercadeo social, 1995-1998

Mercadeo social	Años			Aumento	Trimestres		Aumento
	1995	1996	1997		1997 (I/4)	1998 (I/4)	
Ingreso	1 951 972	2 012 455	1 628 984	16.5%	332 932	1 577 223	373.3%
Gastos	1 786 250	2 082 952	2 335 194	30.7%	253 144	866 775	242.4%
Ganancia/(Pérdida)	165 722	(70 497)	(706 210)	526.1%	79 788	710 488	790.4%
Porcentaje de autofinanciamiento	109.3%	96.6%	69.8%		131.5%	182.0%	
IAPP	27 426	18 179	14 579	33.7%	3 283	10 052	67.3%

Nota: Ver Apéndice D Tablas D-3 y D-4 para mayores detalles

El notable vuelco que experimentó el PMS fue resultado de numerosos factores, incluida la contratación de un gerente profesional, el diseño de un plan eficaz de mercadeo, el mejoramiento del sistema de empaquetado, publicidad, investigación de mercadeo, promoción de puntos de ventas, reubicación de los productos y mejor distribución. El servicio de asistencia técnica del proyecto mercadeo social para el cambio (PMSC) fue oportuno y eficaz.

El futuro del programa de mercadeo social parece muy prometedor. Si el programa registra el éxito previsto, se dispondrá de cierta cantidad de fondos para el subsidio cruzado del programa de servicios comunitarios y, tal vez, de otros servicios de planificación familiar que no pueden autofinanciarse. El PMS ya ha proporcionado servicios gratuitos de empaquetado al PSC y está considerando la posibilidad de introducir otros productos distintos a los anticonceptivos tales como juegos de citología, cremas vaginales, estuches de prueba de embarazo y espéculos descabales, los cuales podrían generar ingresos complementarios para el subsidio cruzado. Pronto se dará inicio a una prueba piloto de un paquete de 12 productos básicos. De tener éxito, dicho paquete será distribuido a nivel nacional.

También se están celebrando discusiones acerca de la introducción de DIU y anticonceptivos inyectables. Los DIU podrían venderse directamente a las farmacias por conducto del sistema.

de distribución actual, mientras que los inyectables exigirían información médica detallada, ya que requieren de una prescripción médica. Por ende, los médicos tendrían que estar "vendidos" en cuanto a la prescripción del producto¹⁰. No obstante, los productos inyectables son muy populares (y rentables) en muchos otros países y ASHONPLAFA debería examinar este mercado seriamente. No se han realizado planes específicos destinados a introducir NORPLANT®. El equipo considera que NORPLANT no es apropiado para Honduras ni para ASHONPLAFA. Es un método costoso que exige una capacitación y supervisión amplia y costosa del proveedor. Los DIU más recientes son bastante comparables a NORPLANT en cuanto a su uso a largo plazo y son mucho menos costosos y exigen mucho menos capacitación del proveedor.

La principal amenaza al programa proviene no de los competidores del sector privado, sino de la USAID. La USAID/Honduras dona anticonceptivos al MS para su distribución gratuita. Estos anticonceptivos están destinados a las personas de la clase de bajos ingresos que no pueden comprar anticonceptivos en el mercado corriente. Sin embargo, como es el caso en muchos otros países, no se utiliza ningún mecanismo de tamizado y cualquier persona que tenga o no los medios para pagarlos puede obtener estos anticonceptivos gratuitamente del MS. Aunque la intención es buena, esta práctica elimina una parte significativa del mercado privado. Por ejemplo, el mercado total del condón en Honduras se estima en 7 millones de unidades anuales. La USAID donó recientemente 4 millones de condones al MS, lo cual reduce efectivamente el mercado privado a 3 millones.

La otra amenaza proviene de la oficina regional de la USAID en Guatemala, la cual está presionando a ASHONPLAFA a distribuir "VIVE", un condón diseñado para combatir la propagación del VIH/SIDA. Aunque la intención es buena, este condón podría destruir el mercado de condones de ASHONPLAFA, lo cual, a su vez, amenazaría el subsidio cruzado de los servicios comunitarios y médicos y de planificación familiar (Véase apéndice A, pregunta 2 donde se presenta una discusión más detallada de esta amenaza).

Conclusiones

El PMS muestra actualmente un buen desempeño, tanto en términos del logro en cuanto a APP's como a nivel de la generación de ingresos que se pueden utilizar para el subsidio cruzado de los servicios esenciales de planificación familiar. El PMS podrá representar hasta el 25 por ciento de APP's y el ingreso de ASHONPLAFA para este año. Asimismo, tiene gran potencial de expansión conforme se introducen nuevos productos. Las principales amenazas provienen de la USAID misma, por conducto de programas bien intencionados, pero competitivos.

¹⁰ En realidad, los productos inyectables pueden adquirirse en casi todas las farmacias sin prescripción médica.

Recomendaciones

El PMS debería continuar y mantener su posición desde el punto de vista organizacional en el seno de ASHONPLAFA, como complemento de otras gestiones de venta y del PSC. El subsidio cruzado de ese programa se lleva a cabo más fácilmente mediante este vínculo organizacional y el equipo recomienda que el mismo se mantenga. Un mayor desarrollo del PMS debería continuar con la introducción planificada de las DIU, productos no destinados a la planificación familiar, y posiblemente anticonceptivos inyectables. Debe realizarse cualquier esfuerzo a fin de eliminar, o por lo menos reducir al mínimo, la competencia sin intenciones por parte de otros programas auspiciados por la USAID.

5 Logro de los servicios comunitarios: El PSC de ASHONPLAFA ha venido funcionando relativamente bien durante los últimos cinco años, produciendo cerca de un tercio del logro total de APP's de ASHONPLAFA en 1997. Sin embargo, ¿qué puede hacer la USAID/Honduras para mejorar este programa a fin de incrementar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales sin sacrificar la autosuficiencia?

El PSC vende condones y píldoras sin marca a distribuidores locales que funcionan como "puestos de planificación familiar" en las zonas rurales y periurbanas. Este programa es diferente del PMS, el cual vende píldoras y condones de marca específica a farmacias en las zonas urbanas. Los dos programas son distintos desde el punto de vista organizacional, a pesar de que ambos forman parte de la División de ventas. El PSC utiliza "promotores" del sexo masculino para distribuir anticonceptivos a los puestos, recaudar dinero y suministrar supervisión. Por lo general, uno, dos o tres de estos promotores trabajan en cada región según el número de puestos. El PSC cuenta igualmente con "promotoras de salud reproductiva" quienes proporcionan educación e información sobre la salud reproductiva a personas y grupos en su región. Estas promotoras trabajan tanto en zonas rurales como urbanas, visitan a candidatos potenciales de los servicios de planificación familiar en las salas de maternidad, se reúnen con grupos de mujeres y prestan ayuda en cuanto a educación y orientación en las clínicas regionales. En algunas regiones, las dos funciones de los promotores se han combinado como medida para ahorrar costos.

Hallazgos

Como se indicó en la tabla 10, el PSC ha mostrado un logro de APP's bastante continuo desde 1995, alcanzando un promedio de aproximadamente 48 000 durante los últimos dos años. No obstante, los resultados del primer trimestre son bajos y la proyección del equipo de evaluación es de solamente cerca de 36 000 APP's para 1998, lo cual representa el 71 por ciento de la meta global. Los anticonceptivos orales constituyen el método de PSC principal, y representan el 90 por ciento de los APP's. Por lo tanto, la disminución de las ventas de anticonceptivos

orales constituye la mayor parte del problema Sin embargo, las ventas de condones también han disminuido

Los datos sobre la esterilización se registran en el programa de servicios médicos/clínicos, pero las referencias por parte de los promotores de PSC han contribuido significativamente al número de esterilizaciones realizadas cada año El equipo aprendió en sus visitas de campo que las referencias de esterilización han disminuido y que la falta de transporte para llevar a las clientes a las clínicas de EV ha afectado igualmente el número de procedimientos realizados cada mes

Tabla 10

Costos, ingresos y IAPP del Programa de Servicios Comunitarios, 1995-1998

Servicios comunitarios	Años			Aumento (%)	Trimestres		Aumento
	1995	1996	1997		1997 (I/4)	1998 (I/4)	
Ingreso	2 841 136	3 931 650	5 039 835	77.4	1 356 558	1 300 156	-4.2%
Gastos	4 298 197	4 380 239	4 433 417	3.1	770 894	970 839	26.0%
Ganancia/(Pérdida)	(1 457 061)	(448 589)	606,418	141.6	585 664	329 317	-43.8%
Porcentaje de autofinanciamiento	66.1%	89.8%	113.7%		176.0%	133.9%	
IAPP	50 695	47,844	48 842	3.7	8 464	9 052	6.9%

Nota: Ver Apéndice D Tablas D-7 y D-8 para mayores detalles

El PSC parece estar experimentando gran parte de las consecuencias de la reducción de costos Cerca de 500 puestos se han cerrado (aproximadamente un 25 por ciento), el número de promotores se ha reducido en muchas regiones, se ha asignado promotores a las clínicas a realizar labores administrativas a tiempo parcial, se ha reducido drásticamente el transporte destinado a llevar personas a las zonas rurales y a llevar pacientes a las clínicas, se dispone de pocos vehículos y existe una gran escasez de material y equipo de promoción

La brecha más grande del programa parece ser a nivel de transporte y promoción Casi todas las regiones (fuera de Tegucigalpa) carecen del número adecuado de vehículos En San Pedro Sula, por ejemplo, una minivan destinada a los servicios comunitarios fue robada el año pasado y no se han tomado medidas para reemplazarla Eso deja a San Pedro Sula con sólo un

vehículo para toda la región¹¹ Juticalpa cuenta igualmente con un solo vehículo, utilizado casi exclusivamente por el promotor de ventas. Otro vehículo se envió a Tegucigalpa para su reparación hace varios meses y nunca fue devuelto. La mayor parte de los promotores de la salud reproductiva no tienen acceso a ningún vehículo, salvo cuando algún promotor de ventas dispone de tiempo para ayudar. El presupuesto de servicios médicos de ASHONPLAFA incluye fondos provenientes de la USAID destinados a la adquisición de cinco vehículos este año para Olancho, Copán y otra región. Esos fondos se completarán con equipo médico, parte del cual se destinará a las brigadas rurales que se desplazan a las zonas rurales con el fin de prestar servicios de planificación familiar y salud reproductiva.

La mayoría de los promotores señalaron que necesitan igualmente altavoces a fin de poder difundir información y mensajes educativos en la localidad y en las comunidades que visitan. Asimismo, necesitan cintas de audio y reproductores, al igual que panfletos y volantes para repartir.

Conclusiones

Aunque el PSC constituye el principal vehículo de ampliación de la cobertura en las zonas rurales, no cuenta con los recursos necesarios para mantener la cobertura actual, mucho menos para ampliarla. Se han realizado reducciones significativas a nivel de los costos, esto ha ocasionado una limitación de la capacidad del programa para alcanzar los objetivos de la planificación familiar y la salud reproductiva. Las necesidades más imperiosas son la disponibilidad de vehículos y equipo de promoción, suministros y documentación. Dado que ASHONPLAFA está intentando lograr su autosuficiencia financiera conforme trata de ampliar su cobertura, será necesario recaudar fondos especiales. Estos fondos podrían obtenerse de los ahorros actuales toda vez que ASHONPLAFA ha superado en gran medida su meta de autosuficiencia financiera. Podrían realizarse solicitudes especiales a los japoneses y otros donantes que se especializan en el suministro de equipos. Sería posible igualmente llevar a cabo campañas locales de recaudación de fondos a fin de garantizar los fondos necesarios.

Recomendaciones

Si el uso de anticonceptivos en las zonas rurales constituye realmente una necesidad, ASHONPLAFA deberá invertir en promoción y servicios para los habitantes de zonas rurales. Debería suministrarse vehículos y equipo de promoción a los promotores de la salud reproductiva a fin de que puedan visitar las zonas rurales y llevar a cabo sus actividades de educación e información. Es necesario igualmente establecer arreglos que permitan llevar los servicios de planificación familiar y salud reproductiva a las

¹¹ El inventario muestra cuatro vehículos en San Pedro Sula, pero la minivan fue robada y los otros dos vehículos están inutilizables.

comunidades o llevar los clientes a las clínicas. Asimismo, deberían identificarse y examinarse fuentes alternativas de financiamiento.

6 Subvenciones a las OPD versus ASHONPLAFA a fin de ampliar los servicios de planificación familiar a nivel rural. Como parte de la gestión de ampliación de los servicios de planificación familiar del sector privado a las zonas rurales de Honduras, la USAID otorgó, en 1997, subvenciones a dos OPD locales, a saber ASCH y PRODIM. La USAID tiene previsto conceder dos nuevas subvenciones en 1998. En términos de cobertura y eficacia, ¿tiene sentido otorgar subvenciones a otras dos OPD o sería tal vez mejor conceder dichos fondos a ASHONPLAFA a fin de expandir sus servicios de planificación familiar?

Hallazgos

Tanto ASCH como PRODIM son OPD pequeñas que se especializan en actividades generales de desarrollo que llevan a cabo en pequeñas regiones. Ambas han colaborado con ASHONPLAFA a nivel informal, especialmente en aquellas zonas donde ambos organismos realizan actividades continuas, tales como Comayagua, La Paz y Lempira. PRODIM, por ejemplo, presta servicios de salud a niños menores de cinco años, servicios de nutrición, así como también servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, para las mujeres. Los dos organismos contribuyen con la divulgación de información y actividades educativas destinadas a las mujeres de la comunidad. PRODIM remite a las mujeres al MS y ASHONPLAFA para la obtención de servicios clínicos, especialmente de esterilización, y en algunos casos proporciona o paga el servicio de transporte desde y hacia las clínicas.

La principal limitación con la mayor parte de las OPD es que su potencial cobertura es por lo general limitada dado que funcionan en zonas geográficas pequeñas. PRODIM y ASCH, por ejemplo, están trabajando en cuatro zonas principales: La Paz, Comayagua, Intibucá y Sabana Grande. ASHONPLAFA abarca toda la nación. La principal ventaja de las OPD's es que tienden a saturar las zonas en las cuales trabajan y proporcionar una amplia gama de servicios. En cambio, la presencia de ASHONPLAFA es limitada en cada zona y la asociación se especializa en servicios de planificación familiar y salud reproductiva.

Los costos y la productividad son difíciles de comparar ya que cada tipo de organización presta diferentes servicios a distintas poblaciones. No se puede comparar el costo por APP de PRODIM relativo a sus servicios de educación, salud y desarrollo económico a 200 000 habitantes en La Paz con el costo del suministro, por parte de ASHONPLAFA, de servicios de planificación familiar a 100 000 habitantes en Comayagua. La mejor manera de establecer tales comparaciones sería solicitar propuestas de ASHONPLAFA y las OPD competentes a fin de proporcionar los mismos servicios a la misma población. Por ejemplo, ¿cuánto le costaría a ASCH, PRODIM y ASHONPLAFA prestar servicios completos de salud reproductiva a una población de 200 000 habitantes en La Paz?

Quizas la mejor estrategia sea combinar los puntos fuertes de cada organización con la infraestructura del MS con la finalidad de ampliar los servicios a las zonas rurales mas pobladas. Las zonas seleccionadas por PRODIM y ASCH encajan perfectamente en esa estrategia. En forma conjunta, abarcarian una poblacion de 460 000 personas en 62 municipios mediante 140 puntos de prestación de servicios. Este es un sector importante en términos de cobertura potencial, es decir, aproximadamente el 11 por ciento de la poblacion rural total de Honduras.

La USAID tiene previsto asignar pronto subvenciones a otras dos OPD's. Si esas OPD's se concentran también en las zonas rurales con una gran densidad poblacional, la cobertura podría ampliarse de manera significativa. Mediante actividades intensas de promoción, educación y referencia por parte de las OPD's, aunadas a la venta de anticonceptivos y los servicios clínicos por parte de ASHONPLAFA, conjuntamente con la capacitación de enfermeras y medicos y el uso de las instalaciones del MS en toda la región, se podría ampliar la cobertura de una manera más eficaz que por conducto de una estrategia competitiva según la cual cada organización funcione de manera independiente.

Conclusiones

El número de OPD's en Honduras que realmente proporcionan, o podrían proporcionar, servicios de planificación familiar y salud reproductiva en las zonas rurales es pequeño en terminos de cifras y potencial de cobertura. No obstante, esas OPD's tienden igualmente a prestar servicios importantes en zonas que si cubren ASHONPLAFA, por su parte, cuenta ya con la infraestructura y la red nacional, pero su presencia y recursos son limitados. Una combinacion, o asociacion, de estos elementos podría ser más eficaz y efectiva que darle prevalencia a uno sobre otro.

Recomendaciones

La USAID debería estructurar las subvenciones de las OPD's con miras a lograr una colaboración optima entre las OPD, ASHONPLAFA y el MS, de manera tal que cada uno aporte a la poblacion destinataria de la OPD sus mejores aptitudes a nivel de la prestacion de servicios de planificación familiar.

7 Coordinación de PRODIM y Save the Children con ASHONPLAFA ¿Cuán bueno es el trabajo conjunto de PRODIM y Save the Children con ASHONPLAFA?

Hallazgos

Como se señalo en la pregunta anterior, tanto PRODIM como ASCH colaboran con ASHONPLAFA, especialmente en el campo Sin embargo, esta colaboración es bastante informal Ninguno de los programas cuenta con un acuerdo formal con ASHONPLAFA ni tienen proyectos conjuntos No obstante, trabajan en forma conjunta y complementan mutuamente sus actividades PRODIM ha hecho solicitado a ASHONPLAFA que contribuya con sus programas de capacitación y proporcione adiestramiento a su personal

Conclusiones

Según lo que el equipo de evaluacion ha podido observar, PRODIM y ASCH estan en buenos terminos con ASHONPLAFA y colaboran de manera informal según las necesidades

Recomendaciones

Ninguna

5. SISTEMAS DE APOYO

5.1 Visión general de los hallazgos

Además de las dos preguntas principales acerca de la sostenibilidad y el logro del IAPP, la USAID muestra cierta inquietud acerca de algunos de los sistemas de apoyo de ASHONPLAFA a cuyo fortalecimiento había dedicado mucho tiempo y dinero. Los sectores más inquietantes son los sistemas de información contabilidad de costos, estadísticas de servicios, administración de clínicas, control de inventarios, estudios de investigación, y evaluaciones. El sector de recursos humanos constituye un sector importante de apoyo durante este período de transición. Igualmente preocupantes son las necesidades futuras de asistencia técnica, de haberlas, dada la cantidad limitada de fondos. Este capítulo aborda estas preocupaciones y presenta la proposición de un programa regional sobre VIH/SIDA a fin de lograr la participación de ASHONPLAFA en la distribución de sus condones.

5.2 Preguntas y respuestas

1 Información gerencial, investigación y evaluación. ¿En qué medida se han puesto en práctica los sistemas de información gerencial, investigación y evaluación y hasta qué punto se ha utilizado eficazmente la información generada por dichos sistemas en la planificación y la toma de decisiones? ¿De qué manera pueden fortalecerse estos sistemas y su utilización?

Según el acuerdo del proyecto, hacia el final del proyecto, el SIG deberá "presentar información precisa y relevante sobre finanzas, utilización de servicios, calidad y datos para utilizarse en la toma de decisiones". El SIG deberá ser computarizado e incluirá 1) un sistema de administración de clínicas (SAC), 2) un sistema de control de costos (SCC), 3) un sistema de información y estadísticas de servicios (SIES) y 4) un sistema de control de inventarios (SCI). El SIG debía estar completamente en funcionamiento en todas las cinco regiones y en la sede para finales de 1996.

Los sistemas de investigaciones, evaluación y supervisión debían actualizarse y perfeccionarse hacia finales de 1996. Los objetivos eran proporcionar estadísticas programáticas y de servicio completas de una manera oportuna, precisa y normalizada con la finalidad de que se utilizaran ampliamente dichas estadísticas. Los resultados de las investigaciones y evaluaciones debían ser oportunos y precisos y debían utilizarse para la toma de decisiones y modificación del programa. ASHONPLAFA debía recibir asistencia técnica del Consejo de Población, el Proyecto de Garantía de Calidad, Management Sciences for Health/Family Planning Management Development (MSH/FPMD), PMSC y Population Communication Services.

(PCS) Asimismo, debía proporcionarse capacitación y asistencia técnica relativa al uso de esta información

Hallazgos

Como se señaló anteriormente, la cultura empresarial ha cambiado de manera notable como resultado de la reorganización y el énfasis en el autofinanciamiento y el logro del IAPP. Gracias a ello, la utilización de todos los informes estadísticos, de investigación y evaluación ha aumentado considerablemente. En aquellos casos en los que se ignoraban en forma significativa dichos informes, ahora los mismos están al alcance de todos los gerentes centrales y regionales.

Los informes estadísticos se han convertido en uno de los instrumentos de información más utilizados en el seno de la Asociación. Dado que está configurado en un formato sencillo y normalizado que permite mostrar los resultados en comparación con las metas trimestrales y anuales, los gerentes pueden determinar con exactitud a qué nivel se encuentran en términos de logro de APP's (véanse los ejemplos en el Apéndice D-8 y D-9). En otros informes se resumen los costos, los ingresos y el logro del autofinanciamiento (véase el Apéndice D-4). Un logro satisfactorio crea un sentimiento de orgullo entre los miembros del personal y un logro insatisfactorio motiva a los empleados a trabajar más arduamente con el fin de mejorar el desempeño. Los datos se analizan detalladamente a nivel central con miras a identificar tendencias, realizar previsiones, identificar causas de problemas y tomar las medidas pertinentes para realizar las correcciones necesarias.

Los informes de investigación y evaluación también se han utilizado ampliamente. Varios de ellos se han identificado en el presente informe. Como se indicó en el Capítulo 3, se llevó a cabo un estudio de costos a fin de determinar los costos reales de cada servicio y reajustar luego los precios al igual que los pagos de compensaciones a los médicos. Estas dos iniciativas (precios más elevados y sistema de "riesgo compartido" para los médicos) fueron el resultado directo de un estudio de costos y conllevaron una reducción significativa de los costos administrativos y los ingresos.

Se han realizado entrevistas a los clientes a su salida de los centros con el fin de evaluar su satisfacción y tomar las medidas necesarias para mejorar el funcionamiento de las clínicas. Por ejemplo, se ha reducido el tiempo de espera, se ha prolongado el horario de atención en algunas zonas hasta las cinco de la tarde, algunas clínicas prestan servicios los sábados por la mañana en algunas zonas, se han añadido nuevos servicios, se han colocado máquinas dispensadoras de refrescos en las salas de espera, se han colocado listas de precios y se ha mejorado la privacidad.

Se llevaron a cabo evaluaciones de intervenciones clave, tales como campañas de mejoramiento de la imagen, con miras a determinar su repercusión y realizar los ajustes necesarios. Del mismo modo, se han hecho investigaciones de mercado con la finalidad de identificar mercados destinatarios y sus preferencias y de probar los mensajes, el sistema de empaquetado y los precios.

El jefe de la División de Investigaciones, Evaluación y Estadísticas señaló que hace tres años nadie utilizaba los informes, pero actualmente todos los utilizan. Este uso fue corroborado por las actividades de campo del equipo, el cual observó que incluso las enfermeras que dirigen las clínicas satélites realizan un seguimiento estricto de sus informes estadísticos y habían utilizado los resultados de tales estudios como impresiones de los clientes acerca de la calidad de la asistencia a fin de mejorar sus clínicas.

Esto no significa que no existan problemas. El jefe de administración y finanzas indicó que han observado problemas con varios de sus programas de computación. El programa de contabilidad de costos, por ejemplo, no acepta la cantidad de dígitos que requieren los códigos de costos, el programa de inventarios no está preparado para cambiar al año 2000 y el mismo programa no permite calcular cifras totales en algunas columnas. La División ha previsto instalar pronto un nuevo sistema de contabilidad general (MBA*CASE) y está estudiando otros programas para reemplazar el SCI.

No todos los sistemas computarizados están instalados aun en todas las regiones. Por ejemplo, SAC está instalado en todas partes salvo en Juticalpa. Se tiene previsto probar este mes el plan de conexión de todas las regiones al sistema central. Una vez que la red esté en pleno funcionamiento y se capacite a todo el personal regional, se preve una reducción significativa en el llenado de los formularios y un incremento substancial en la productividad. Por ejemplo, las solicitudes de compra, revisiones de presupuestos, resultados de citologías e información sobre los pacientes podrán procesarse en forma electrónica. Esta innovación debería redundar en una reducción del personal central.

- 2 **Distribución del condón de protección contra el VIH/SIDA. El programa regional de la USAID de mercadeo social de condones para la prevención del VIH/SIDA (PASMO) ha solicitado la colaboración de ASHONPLAFA para la distribución del condón "VIVE" del proyecto regional. ¿Tendría sentido para ASHONPLAFA colaborar con PASMO? De no ser así, ¿qué posibilidad existe de que ASHONPLAFA comercialice su propio condón en Honduras? ¿Podría ASHONPLAFA alcanzar la cobertura nacional que se requiere a fin de reducir la transmisión del VIH en los grupos de alto riesgo y en la población en general? ¿Estarían otros donantes interesados en apoyar a ASHONPLAFA en la comercialización de un condón de protección contra el VIH/SIDA?**

Hallazgos

ASHONPLAFA y el MS (con la valiosa contribución e inversión de la USAID) ya han creado una "línea de productos" nacional para el mercado del condón. Los condones son los siguientes:

- PIEL, un nuevo condón de calidad superior que acaba de introducirse en el mercado (a un precio de L 18 por cada paquete de tres),
- Guardian, un conocido condón de calidad promedio que se volverá a introducir pronto en el mercado (L 6,5 por paquete de tres),
- Un condón "sin marca" con un precio inferior al de VIVE (L 0,80 por condón) y
- Condones gratuitos distribuidos por el MS

El condón VIVE es un condón de marca económico que compite directamente con Guardian. Las siguientes condiciones rigen su distribución:

- Destinado a los mismos segmentos del mercado (C y D) que el condón Guardian de ASHONPLAFA,
- Presentado como un condón general que ofrece protección y no como un condón de protección contra el SIDA,
- Se comercializa en las mismas zonas urbanas que Guardian, no se ampliará su cobertura a las zonas rurales,
- Con un precio significativamente inferior al de Guardian (L 2,75 por una caja de tres),
- No se diferencia de Guardian salvo en lo relativo al precio

VIVE constituye una amenaza significativa a la sostenibilidad del programa de planificación familiar de ASHONPLAFA por las siguientes razones:

- El mercado hondureño de condones se estima en aproximadamente 7 millones anuales. El MS proporciona cuatro millones de condones gratuitos al año, reduciendo así el mercado privado a tres millones,
- Guardian, el cual podría alcanzar 1,2 millones de unidades en 1998, requiere ventas de 800 000 unidades al año para nivelarse y continuar siendo viable,

- VIVE reduciría significativamente el mercado de Guardian, lo cual representaría una amenaza para su existencia,
- El subsidio cruzado del programa rural de planificación familiar de ASHONPLAFA se vería drásticamente reducido,
- VIVE perjudicaría el progreso de la sostenibilidad de ASHONPLAFA, lo cual a su vez perjudicaría su capacidad de proporcionar servicios amplios de salud reproductiva

VIVE no es un producto sostenible por las siguientes razones —

- PASMO ha reconocido que VIVE nunca lograra su autofinanciamiento. Está sujeto subsidio cruzado de las ventas de una serie de productos auxiliares, tales como las vitaminas, las sales orales de rehidratación y las pruebas de papanicolau. Estos productos competirán también con el paquete de productos de ASHONPLAFA, el cual fue diseñado igualmente para generar fondos destinados al subsidio cruzado de otros servicios de planificación familiar.
- Dentro de dos años, cuando el apoyo de la USAID/Guatemala a VIVE termine, es poco probable que VIVE se autofinancie en Honduras. Por lo tanto, existen buenas posibilidades de que Honduras se quede sin VIVE o Guardian al concluir el proyecto.

ASHONPLAFA cree que se le está impeliendo a aceptar VIVE en contra de sus mejores intereses. La asociación no encuentra ninguna ventaja en la aceptación de la propuesta de PASMO por las siguientes razones:

- La amenaza a la sostenibilidad de los servicios de ASHONPLAFA no se compensará con los beneficios de distribución que se obtengan de VIVE y
- ASHONPLAFA considera que no debería involucrarse en un debate entre las dos oficinas de la USAID, sino que debería permitírsele tomar su propia decisión con respecto a VIVE.

ASHONPLAFA reconoce la importancia de lograr un programa sólido y eficaz de prevención del VIH/SIDA. La asociación está dispuesta a participar en dicha campaña, siempre y cuando esta no menoscabe el Programa de mercadeo social propio de ASHONPLAFA. A continuación se describen algunas de las principales inquietudes de ASHONPLAFA:

- Si se introduce VIVE en Honduras, su precio no debería ser inferior al de Guardian,
- Los fondos provenientes del subsidio cruzado en Honduras debería quedarse en Honduras a fin de permitir el subsidio cruzado de la planificación familiar y los servicios y promoción de información acerca del VIH/SIDA,

- La distribución de VIVE debería limitarse a los centros relacionados con el VIH/SIDA, tales como los burdeles y los bares de homosexuales,
- Toda campaña de prevención del VIH/SIDA no debería comprometer las gestiones que realiza ASHONPLAFA para ofrecer servicios de salud reproductiva y planificación familiar,
- La campaña de VIVE debería centrarse en la educación pública en relación con el VIH/SIDA y fomentar el uso de condones en general con miras a prevenir el SIDA,
- Toda campaña de prevención del VIH/SIDA debería aprovechar la infraestructura desarrollada ya por ASHONPLAFA, el MS y las agencias de cooperación y no pretender duplicar ni reemplazar dicha infraestructura, y
- Cualquier forma de apoyo a la promoción y servicios relacionados con el VIH/SIDA deberían integrarse a las actividades continuas de promoción y servicios y fortalecerlas

ASHONPLAFA es capaz de promover Guardian para la prevención del VIH/SIDA. Para ello, requeriría de apoyo (y asistencia técnica) a fin de emprender una campaña de promoción sobre el VIH/SIDA. No necesita otro condón de calidad promedio. ASHONPLAFA estaría interesada en colaborar si PASMO estuviera dispuesta a financiar tal campaña con Guardian como condón.

Conclusiones

No hay necesidad de que la USAID/Guatemala introduzca otro condón en Honduras. El condón VIVE "canibalizaría" el mercado de ASHONPLAFA ya que sería un condón económico de marca que competiría directamente con Guardian. VIVE representa una seria amenaza a la sostenibilidad del programa de planificación familiar de ASHONPLAFA. VIVE no es un producto sostenible. Una vez que culmine el apoyo de la USAID a VIVE, Honduras podría quedar fácilmente sin VIVE ni Guardian. ASHONPLAFA está siendo obligada a aceptar VIVE en contra de sus mejores intereses. Para la asociación, aceptar la propuesta de PASMO no tiene ninguna ventaja.

Recomendaciones

El equipo recomienda unánimemente que ASHONPLAFA no colabore con PASMO en la distribución del condón VIVE. ASHONPLAFA y PASMO deberían estudiar la posibilidad de lograr un acuerdo de cooperación que permita a PASMO invertir sus recursos en la promoción del uso de condones en general a fin de prevenir la propagación del VIH/SIDA, en lugar de

invertirlos en la promoción y distribución de VIVE como condón para todos los usos ASHONPLAFA se uniria a esta campaña mediante la ampliación y distribución de Guardian y condones sin marca a los grupos de alto riesgo en las zonas en las cuales existe un índice mas elevado de VIH/SIDA ASHONPLAFA fomentaria igualmente la educación sobre el VIH/SIDA en sus clínicas y programas comunitarios Esta estrategia conllevaría una agresiva campaña destinada a atacar el VIH/SIDA al mismo tiempo que preserva el subsidio cruzado por parte de ASHONPLAFA de los servicios de planificación familiar en las zonas rurales

3 Necesidades de asistencia técnica Durante los dos últimos años, ASHONPLAFA ha recibido mucho apoyo de las Agencias de cooperación (CA) respaldadas por la USAID. Sin embargo, los fondos de la población de la Misión son cada vez más escasas Por ende, la Misión no está en condiciones de suministrar el mismo nivel de asistencia técnica a ASHONPLAFA en los años venideros. En orden de prioridad, ¿qué sectores de programación, administración y gerencia de ASHONPLAFA necesitan continuar recibiendo asistencia técnica.

Hallazgos

El contrato de asistencia técnica del PMSC se vence en septiembre de 1998 y se prevé que no se requiera más asistencia a nivel del mercadeo social a menos que se introduzca una nueva línea de productos (relacionados con el VIH/SIDA, por ejemplo)

ASHONPLAFA necesitara igualmente de asistencia técnica si agrega servicios de maternidad (o de parto) ya que esto exigirá diferentes modelos de organización y personal Como se señalo, el equipo considera que ASHONPLAFA requiera de asistencia tecnica si amplia su alcance a fin de incluir el VIH/SIDA como programa educativo o de servicio

ASHONPLAFA ha recibido bastante ayuda en el desarrollo de su nueva estrategia El director ejecutivo, por ejemplo, está asistiendo actualmente a un taller del MSH sobre sostenibilidad, el jefe de ventas esta tomando un curso del PMSC sobre mercadeo social y otros miembros del personal han participado en cursos afines sobre gerencia, eficacia en función de los costos y garantía de calidad Además, la División de recursos humanos puede encargarse ahora de la capacitación del personal de ASHONPLAFA en muchos de estos temas Por ejemplo, entre los talleres previstos para 1998 se encuentran contabilidad de costos, información para la toma de decisiones, y mercadeo social Tal vez se requiera asistencia técnica complementaria en estos sectores y en sectores afines únicamente para cursos avanzados, especialmente a nivel de sostenibilidad y planificación estratégica

El MSH ha prestado asistencia tecnica significativa en cuanto a administración de recursos humanos Esta asistencia tecnica sera sin duda necesaria durante la segunda parte del proyecto Además de sectores técnicos tales como el de contabilidad de costos y el de sistemas de incentivos, el sector de dinamica empresarial es un sector en el que probablemente se requiera mucha ayuda conforme ASHONPLAFA continúa reduciendo el personal y

modificando su estructura, funciones y personal La descentralización es un sector que requerirá una atención especial

Uno de los sectores más importantes para la gestión de ASHONPLAFA será la ampliación de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva hacia las zonas rurales La reducción de costos ha repercutido a nivel de los servicios y será absolutamente necesario obtener asistencia técnica a fin de identificar enfoques alternativos a los servicios rurales

Conclusiones

Es probable que ASHONPLAFA siga necesitando mucha asistencia técnica de calidad durante los próximos años La USAID es el único organismo donante capaz de prestar este tipo de asistencia en una amplia gama de sectores Los sectores prioritarios parecen ser la administración de recursos humanos y la expansión de los servicios a las zonas rurales, la sostenibilidad (de los resultados y no de los insumos), la descentralización (de la autoridad y no sólo de la responsabilidad), la promoción y servicios relacionados con la prevención del VIH/SIDA, y los servicios de maternidad y partos Es probable que no se requiera de asistencia técnica en sectores bien desarrollados tales como la contabilidad, finanzas, sistemas de información, investigación, o evaluación

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería desarrollar y actualizar su plan estratégico de modo que reflejen sus objetivos de sostenibilidad con respecto a la descentralización, ampliación de los servicios a las zonas rurales, inclusión de servicios de VIH/SIDA y maternidad, y modelos de contratación de personal Sobre la base de ese plan, ASHONPLAFA debería identificar la asistencia técnica que se requiere para instrumentar su plan estratégico

- 4 El Grupo de trabajo sobre salud reproductiva: El Proyecto del Sector Privado sobre Población III había solicitado la formación de tres comités de salud reproductiva (capacitación, servicios y IEC). Dada la evolución de los acontecimientos, existe un solo grupo de trabajo sobre salud reproductiva organizado por el Consejo poblacional. ¿Cuán eficaz es este grupo de trabajo?**

El objetivo del grupo de trabajo es contribuir a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar la salud reproductiva de las familias hondureñas Se trata de un grupo informal integrado por unos 25 miembros que representan a organismos gubernamentales (MS, IHSS, Ministerio de Educación) organismos donantes (OPS, UNFPA, GTZ y USAID) y organizaciones no gubernamentales privadas (ASHONPLAFA, PRODIM, ASCH, Project Hope y Foster Parents International [PLAN]) El grupo se reúne una vez al mes con la finalidad de intercambiar experiencias, información y materiales, así como también para

coordinación de planes y el aprendizaje mutuo. Durante cada reunión, los expertos hacen exposiciones y discuten ideas sobre la ampliación y mejoramiento de los servicios.

El Consejo poblacional era inicialmente el encargado de reunir al grupo. Sin embargo, a partir de este año, los miembros locales se turnarán la responsabilidad del orden del día, el lugar de reunión, los oradores y otros arreglos logísticos. El grupo no cuenta con fondos, ni organización formal, ni autoridad alguna. No obstante, constituye un foro excelente para el intercambio de información que los participantes transmiten luego a su propio personal. Las pocas personas que el equipo pudo entrevistar en relación con el grupo de trabajo consideran que es una manera muy valiosa y económica de compartir información y coordinar actividades. Los miembros del equipo que habían participado en grupos similares estuvieron de acuerdo con tal afirmación.

Conclusiones

El Grupo de trabajo sobre salud reproductiva constituye un mecanismo económico y eficaz para el intercambio de información útil y la coordinación de actividades.

Recomendaciones

Ninguna, salvo estimular al grupo a que continúe con su labor.

5 Recursos humanos ¿En qué medida las gestiones actuales en este sector están contribuyendo con la sostenibilidad?

Para el final del proyecto, ASHONPLAFA contaba con un personal adecuado y sostenible a fin de alcanzar los resultados del proyecto y todo el personal tenía la motivación y la capacidad necesarias para alcanzar las metas institucionales. Durante el Año 1, la División de Recursos Humanos (DRH) debía evaluar los niveles de personal, las aptitudes del personal y su desempeño en relación con los resultados previstos. El personal debía redactar evaluaciones semianuales sobre el desempeño y los proveedores debían incluir una meta máxima y mínima sobre la productividad. Algunos miembros clave de la gerencia debían establecer metas de autosuficiencia para sus departamentos y debía desarrollarse un plan de incentivos a nivel institucional. Todo el personal debía recibir incrementos salariales sobre la base del logro de sus metas. Debía emprenderse el establecimiento de un "tamaño adecuado" de los modelos de contratación de personal y debía emprenderse un gran número de actividades de capacitación y reorientación en los sectores de garantía de calidad, orientación sobre servicios comunitarios de mercadeo social, planificación estratégica, SIG y utilización de la información para la toma de decisiones, y logística a nivel de anticonceptivos.

Hallazgos

El personal de ASHONPLAFA está atravesando una etapa clásica de transición a nivel organizacional y de "reduccion de personal" en la que la incertidumbre, los rumores, la tristeza, la frustracion, la colera y el sentimiento de impotencia son elementos comunes. La plantilla de personal se ha reducido de 280 en 1995 a 219 para el momento en que se redactó el presente documento, lo cual equivale a una reducción de 67 cargos, 60 de estas reducciones fueron obligadas. Tales reducciones en el personal crean siempre estrés entre los empleados, en menor grado en los que se van que en los que se quedan. Se entrevistaron aproximadamente a 12 miembros del personal gerencial y de nivel medio y se les preguntó "¿en qué punto de la curva de transición cree usted que se encuentra ASHONPLAFA?" La mayor parte de los entrevistados respondió "cerca de dos tercios de la curva". Al indagar un poco más, la mayoría de los entrevistados admitió que la organización está padeciendo todos los síntomas que se describen en la documentación acerca de la reducción de personal. La antigua esperanza de un empleo de por vida para los empleados leales ha desaparecido en ASHONPLAFA y el nuevo contrato psicológico aún no se encuentra firmemente establecido. Los dirigentes de ASHONPLAFA han tomado muchas medidas positivas destinadas a combatir este "síndrome del sobreviviente" que tanto se ha documentado. Se celebró una serie de talleres y reuniones para el personal el año pasado con el nombre de "La campaña interna". Estos talleres se llevaron a cabo durante varios meses y la mayoría de los entrevistados expresaron su aprecio por lo que aprendieron durante estos eventos, en los que salieron a relucir los sentimientos relacionados con la reducción de personal y la transformación, y los "afectados" lo aceptaron. La documentación sobre la reducción de personal afirma, de manera inequívoca, que este es un paso inicial fundamental para combatir el síndrome del sobreviviente.

Un elemento más tangible son los diversos manuales organizacionales que se han producido durante los últimos seis meses: un *Manual de Capacitación* en octubre, un *Manual de Entrenamiento* a finales de año, y un *Manual de Organización y Descripción de Funciones*, en diciembre. Un *Manual de Administración* se encuentra en las últimas etapas de su creación. Estos manuales son importantes ya que formalizan la reestructuración de la información y la reorganización de la autoridad y las responsabilidades. Simbolizan una ruptura tangible del pasado y una confirmación psicológica de que la organización está progresando.

Hoy en día existen diversos otros elementos sobre recursos humanos. La División de recursos humanos ha llevado a cabo una evaluación del personal en cada departamento y está preparando planes de capacitación sobre la base de las prioridades de cada departamento. Actualmente se están efectuando evaluaciones semianuales, en las que la planificación del desarrollo profesional constituye una parte integral del instrumento. Asimismo, pronto se llevará a cabo un estudio sobre el clima organizacional. Por otra parte, se ha desarrollado un plan de incentivos para el personal, el cual ya se ha puesto en práctica. La capacitación de

recursos humanos está bien encaminada en cuanto al logro de sus metas para 1998, y se han llevado a cabo o se han planificado talleres sobre garantía de calidad, mercadeo social, contabilidad de costos y utilización de la información para la toma de decisiones

Parece ser que durante los últimos años, ASHONPLAFA ha recibido mucha asistencia técnica de alta calidad de parte de Management Science for Health (MSH) a fin de guiar a la asociación en el sector de administración de recursos humanos. A pesar de que los evaluadores no pudieron hablar con ninguno de los asesores del MSH que participaron en ese proceso, se puede observar la repercusión en ASHONPLAFA en sus acciones

Conclusiones

ASHONPLAFA está manejando su transición organizacional de una manera honesta, directa y sensible. No todos están contentos con la transición, pero la mayoría la entiende, la acepta y la apoya. Los efectos a corto plazo sobre la autosuficiencia financiera ya son visibles y esto es motivo de satisfacción del personal.

Recomendaciones

ASHONPLAFA debería continuar su transición organizacional hasta llegar al final de esta etapa. Es necesario mantener la apertura gerencial, comunicación, retroalimentación y estimulación. Es necesario igualmente continuar recibiendo la asistencia técnica en este sector por parte del MSH. Tal vez ASHONPLAFA deba considerar la posibilidad de contratar a un experto en "reducción de personal" para que realice un taller que ayude al personal a superar el "síndrome del sobreviviente" y a replicar el estudio de clima interno a fin de evaluar el progreso e identificar los ajustes que deben realizarse.

6. LECCIONES APRENDIDAS

Nosotros definimos "lecciones aprendidas" como generalizaciones que son aplicables a programas y proyectos similares. En la mayoría de los casos, describen relaciones causales --si ocurre x, entonces y será por lo general el resultado. Las lecciones aprendidas tienen como finalidad servir de guía a la planificación de estrategias en el futuro. Sin embargo también pueden ser útiles para las actividades diarias.

1 La "autosuficiencia financiera" y los incrementos en el "logro de APP's" son objetivos mutuamente incompatibles

Tal y como lo resumio un alto funcionario de ASHONPLAFA, "esta es una realidad que la USAID parece aceptar pero ignora de todas maneras". El IPPF hizo esta aseveracion formalmente en 1995 y la USAID respondió diciendo que la autosuficiencia financiera seria el objetivo principal para el primer año¹². Tres años más tarde, la autosuficiencia financiera sigue siendo una prioridad, pero también lo es el mantenimiento de los APP's. El objetivo de la TUA para el año 2000 no ha cambiado, lo cual requeriría aumentar, no solo mantener, los APP's durante los próximos dos años¹³. Dado que el IAPP es un sustituto temporal de la TUA, parece incoherente tener una meta para mantener uno conforme se aumenta el otro.

La evaluación del AT indica que "se tomo la decisión en 1996 de que la meta principal de ASHONPLAFA es lograr la autosuficiencia en el período más corto posible. Los planes de ampliar los servicios, a fin de incrementar los APP's, se pospusieron". Sin embargo, una de las recomendaciones del equipo de Paquete de resultados en noviembre de 1997 fue "que la USAID/Honduras se reuniera con el nuevo director ejecutivo de ASHONPLAFA y la junta directiva a fin de destacar la importancia de alcanzar las metas de APP's". En la evaluación del ERA en la Misión, se decidió que "la misión no debería reducir la meta de APP's de ASHONPLAFA [es decir, mantener el nivel de 1995]. Es necesario que ASHONPLAFA tenga presente en todo momento que esta debe ser su meta principal"¹⁴.

Además de estimular la realización de nuevas gestiones a fin de mejorar la autosuficiencia, la USAID desea igualmente que se mantengan los APP's --una meta imposible, por lo menos a corto plazo. ASHONPLAFA se ha concentrado en la autosuficiencia. El efecto predecible

¹² Carta de Marcia Townsend dirigida a Mary Ann Anderson 22 de septiembre de 1995. Memorandum de Mary Ann Anderson dirigido a Marcia Townsend 13 de octubre de 1995.

¹³ Los objetivos del proyecto prevén que APP's de ASHONPLAFA continúen en 207 495 (el nivel previsto para 1995) hasta el 2000, para luego aumentar a 217 869 en 2001, 228 762 en 2002, y 240 200 en 2003, es decir, un incremento anual de 5 por ciento.

¹⁴ SO3 1997 Annual Results Review (ARR) and Issues 21 de noviembre de 1997.

sobre el logro de APP's ha ocurrido ASHONPLAFA ha realizado una labor destacada en la reducción de costos y el aumento del ingreso, pero todo esto tiene un precio la reducción de los servicios y la cobertura, lo cual se traduce en un menor APP Si ASHONPLAFA intenta ampliar su cobertura a las zonas rurales, tal y como lo recomienda esta evaluación, dicha ampliación se llevara a cabo a costa de la autosuficiencia financiera Debe quedar claro que la expansión de los servicios hacia las zonas rurales y remotas costará mucho más que la expansión hacia las zonas urbanas El costo marginal de cada APP adicional es probable que aumente con cada kilometro de expansión No se trata solamente de una cuestión de distancia, sino de resistencia e ignorancia cultural La parte fácil ya ha concluido Ahora viene la parte más difícil La USAID debe decidir qué tiene más importancia la autosuficiencia o el uso de anticonceptivos

2 Si el objetivo es afectar los insumos, entonces, los resultados serán motivo de menor inquietud

La autosuficiencia financiera se centra en los insumos --la reducción de los costos y el aumento de los ingresos Esto no tiene nada de malo en el mundo empresarial Sin embargo, en el sector social se supone que el énfasis debe hacerse en los resultados --por ejemplo, mejorar la salud y reducir el la tasa de fecundidad Cuando se hace hincapié en los insumos, lo que sucede con los resultados es de segundo interés Esto puede verse en la reducción de costos de ASHONPLAFA en el PSC rural Se ha logrado ahorrar, pero a costa de una reducción en los servicios, promoción, transporte de clientes a las clínicas de planificación familiar Si se hiciera hincapié en la sostenibilidad de los servicios, mas que en la autosuficiencia financiera, el objetivo sería preservar los resultados mediante la búsqueda de formas alternativas de financiarlos

3 La diversificación de los servicios aumentara los ingresos, pero no necesariamente el uso de anticonceptivos (o APP's)

La experiencia de ASHONPLAFA muestra claramente esta lección Todos los servicios de salud que se agregaron para mejorar la meta de autosuficiencia financiera lograron una ganancia Esa ganancia es importante no sólo para la autosuficiencia financiera, sino también para los subsidios cruzados de los servicios de planificación familiar Sin embargo, ninguno de estos servicios aumentaron los APP's en sí Tal vez hayan brindado una oportunidad para informar a los usuarios de los servicios distintos a la planificación familiar acerca de los beneficios de adoptar un metodo, pero ni siquiera esto está garantizado Tal y como aprendió ASHONPLAFA, el personal debe ser asertivo y aprovechar estas oportunidades

4 Los clientes de la clase media pueden atraerse a las clínicas de planificación familiar

La experiencia de ASHONPLAFA muestra que es posible atraer a los clientes de la clase media si los servicios que se prestan son 1) demandados y 2) mejores y menos costosos que los de otros prestadores privados de la zona. No basta con ofrecer los mejores servicios de planificación familiar. Una variedad más amplia de servicios de salud reproductiva atraería a más clientes. Las instalaciones no tienen que medirse según los estándares norteamericanos a fin de atraer a los clientes de la clase media, simplemente tienen que ser mejores que los de los demás competidores.

5 La competencia de objetivos políticos entre los donantes puede perjudicar a un programa

El ejemplo más reciente de esto está ocurriendo en Honduras, ya que la oficina regional de la USAID en Guatemala trata de presionar a ASHONPLAFA para que distribuya el condón VIVE a fin de concretar una estrategia regional tendiente a combatir la propagación de VIH/SIDA. Desafortunadamente, este objetivo perjudicará el objetivo de autofinanciamiento que la USAID/Honduras desea que ASHONPLAFA persiga. No solo ASHONPLAFA se encuentra atrapada en el medio, sino que también podría encontrarse en una situación de pérdida si las oficinas de la USAID en Guatemala y Honduras logran un compromiso en el que ambas partes resulten ganadoras.

6 Cuando se observa que los gerentes toman decisiones sobre la base de los datos y la razón, la exigencia y el uso de datos por parte de personal aumenta.

Uno de los cambios más significativos de la cultura empresarial de ASHONPLAFA es el valor repentino que el personal de ASHONPLAFA le da a la información. Las investigaciones y los informes de evaluación del SIG ahora se leen, se discuten y se revisan. Este cambio se debe en gran medida a la utilización de esta información por parte de la gerencia superior a fin de tomar decisiones financieras. Las metas principales son la ineficacia y la baja productividad. El personal está al tanto de esta situación. A fin de tomar cierta ventaja con respecto a los encargados de tomar decisiones, están utilizando la información para incrementar su propia eficacia y productividad.

7 Los incentivos económicos pueden ser motivadores eficaces, incluso en el seno de las organizaciones sin fines de lucro

Antes se consideraba un sacrilegio pensar en generar dinero en una organización sin fines de lucro. Esos días ya han pasado. ASHONPLAFA está intentando claramente lograr una ganancia en cada uno de los servicios que ofrece y está ofreciendo incentivos económicos a su personal a fin de motivarlos a trabajar en función de esta meta. El motivo de la ganancia está justificado, no racionalizado, en función del uso final para el cual se prevé --el subsidio cruzado de los servicios esenciales de planificación familiar que no pueden autofinanciarse. Los incentivos al personal se justifican igualmente, no racionalizados, como un método probado de incremento del ingreso de ASHONPLAFA. Al ofrecer incentivos económicos a los

médicos y promotores por igual, el volumen de casos y las ventas aumentan y esto beneficia a ASHONPLAFA al igual que a su personal

8 La reducción de los costos no es tan importante como el incremento de las ganancias

Los datos acerca de los ingresos y gastos muestran porque no debemos centrarnos exclusivamente en la reducción de los costos ni en la generación de ingresos. Los servicios que son costosos tal vez generen en realidad más ingresos que los servicios que no son costosos. El servicio más costoso de planificación familiar de ASHONPLAFA es el PSC (más de L 4,7 millones en 1997), pero a mismo tiempo es el servicio que muestra la mayor tasa de ingresos (L 5 millones en 1997). Al reducir sus actividades, tales como la promoción, las brigadas rurales y el transporte de clientes, ASHONPLAFA ha reducido de manera exitosa los costos. Sin embargo, esa reducción ha conllevado una reducción de los ingresos. Lo importante es cuanta ganancia o pérdida se obtiene a partir de un servicio. El PSC es sólo uno de los tres elementos de la planificación familiar que generaron ganancias para ASHONPLAFA en 1997. Tres otros elementos constituyeron una pérdida de dinero para la Asociación. Por ende, al buscar las formas de lograr la autosuficiencia, la pregunta no debería ser "¿Cómo podemos reducir los costos?", sino "¿Cómo podemos incrementar las ganancias?"

7. DIRECCIONES FUTURAS

7.1 — Mecanismos de financiamiento para un proyecto de seguimiento

La USAID y ASHONPLAFA esperan que se dé una continuación del proyecto si la USAID dispone de fondos para Honduras y si ASHONPLAFA muestra un buen desempeño en el logro de un nivel razonable de autosuficiencia financiera en el PSP III. La USAID reconoce igualmente que sería un "gran logro" para ASHONPLAFA alcanzar la meta del 63 por ciento de autosuficiencia, el "nivel máximo" racional que podría esperarse de una asociación de planificación familiar en el contexto latinoamericano¹⁵. Para que ASHONPLAFA pueda continuar prestando servicios de salud reproductiva, se requerirá una mayor asistencia de los donantes para el 27 por ciento restante. Los servicios rurales de divulgación, en particular, deberían ser subsidiados, ya que "simplemente no se puede lograr que sean sostenibles desde el punto de vista financiero". El equipo está plenamente de acuerdo con esta declaración.

Se propusieron dos mecanismos de financiamiento para el proyecto de seguimiento: una dotación y mayor asistencia al proyecto.

El equipo desea sugerir otra posibilidad: quitarle a ASHONPLAFA la carga rural y dejar que la Asociación se concentre en la prestación de servicios amplios de salud reproductiva en sus clínicas urbanas junto con su programa de mercadeo social, el cual también tiene una naturaleza urbana. El elemento rural (actualmente el Programa de servicios comunitarios) podría establecerse como un proyecto separado de ASHONPLAFA o como una asociación individual (por ejemplo, los servicios rurales de salud reproductiva de ASHONPLAFA). El equipo considera que ASHONPLAFA podría lograr su autosuficiencia plena mediante esta estrategia. De no ser así, la asociación requeriría tal vez una pequeña concesión para unos cuantos años más o una pequeña dotación a fin de compensar el déficit. ASHONPLAFA está demostrando que tiene la capacidad de ofrecer servicios diversificados a fin de atraer a una clientela que esté dispuesta y sea capaz de pagar los servicios y adoptar un enfoque empresarial orientado al cliente en relación con sus operaciones. ASHONPLAFA continuaría expandiéndose conforme amplía la urbanización y crece la economía.

A fin de ayudar a ASHONPLAFA en esta etapa de transición hacia una plena independencia, la USAID debe adoptar un estilo gerencial de tipo no intervencionista. La asociación debe aprender a tomar sus propias decisiones, a asumir la responsabilidad de sus actos y a ocuparse de sí misma. Esto solo podrá lograrlo si se le otorga una mayor autonomía. Durante el tiempo que le queda al PSP III, la USAID puede reducir los puntos de referencia a un nivel mínimo (3 a 4), limitar la rendición de cuentas (trimestrales o semianuales), reducir al mínimo las

¹⁵ 'Project Paper, PSP III', p. 48

exigencias de concurrencia y aprobación y buscar otras maneras de reducir su propia carga gerencial. El enfoque de "no intervención" que se supone se aplica en los acuerdos cooperativos y las concesiones debería ponerse en práctica.

La donación para el seguimiento, de requerirse, debería diseñarse según un enfoque de máxima independencia. El tipo de mecanismo de financiamiento recomendado debería ser una verdadera donación o fondo dotal (sin ataduras) o, en el mejor de los casos, una donación basada en el desempeño.

7.2 Estrategia propuesta para incrementar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales

El desafío principal que identificó el equipo es la ampliación de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva a las zonas rurales. La USAID preguntó al equipo "¿qué debía hacer durante los próximos 5 años a fin de incrementar el uso rural de anticonceptivos en por lo menos un 10 por ciento?" A continuación se presenta una estrategia propuesta que se basa en los puntos fuertes de ASHONPLAFA, el MS y algunas OPD.

Parece estar claro que ninguna de estas organizaciones puede alcanzar este objetivo por sí sola. Sin embargo, trabajando en conjunto, de manera complementaria (no competitiva ni independiente), podrían aumentar el uso rural de manera significativa. El MS tiene la infraestructura en su CESAR, CESAMO y su red de hospitales, pero carece de personal capacitado, equipos y suministros. El MS carece igualmente de capacidad de divulgación en la comunidad. Las OPD's pueden proporcionar una promoción intensa en las zonas geográficas en las cuales trabajan y ayudar igualmente a ASHONPLAFA en la capacitación de las auxiliares de enfermería y los médicos del MS en cuanto a las destrezas de salud reproductiva. ASHONPLAFA puede continuar vendiendo condones y píldoras a través de sus puestos de planificación familiar en zonas donde las OPD no están funcionando. Asimismo puede continuar realizando actividades de promoción en esas zonas y llevar a cabo brigadas rurales destinadas a llevar los servicios a las comunidades rurales más grandes.

ASHONPLAFA puede contribuir igualmente con su experiencia en otros sectores de apoyo, incluidos los de investigaciones, finanzas, garantía de calidad, orientación, sistemas de información y IEC. Las OPD's y ASHONPLAFA pueden combinar sus recursos a fin de prestar servicios por conducto de clínicas ambulantes o a mediante brigadas rurales. Las OPD y ASHONPLAFA pueden remitir (y transportar) a los candidatos a la esterilización al MS o a las clínicas de ASHONPLAFA.

Se requiriera del apoyo de donantes durante por lo menos 10 años, pero este apoyo debería orientarse hacia la absorción gradual de la responsabilidad de los servicios rurales por parte del

MS La USAID podría aportar productos, vehiculos y equipos clínicos al igual que apoyo para la capacitacion, IEC, promocion e investigaciones La UNFPA podría igualmente realizar un aporte significativo en cuanto a la capacitacion de los proveedores, incluida la capacitacion de instructores, suministro de materiales de capacitacion y apoyo a la capacitación de auxiliares de enfermería en las zonas prioritarias El apoyo de los donantes debería centrarse en las unidades de prestacion de servicio que tienen mayores posibilidades de exito Por ende, en lugar de una donacion "de arriba a abajo", el equipo sugiere una donación que se concentre en el fortalecimiento de la capacidad de prestar servicios de salud reproductiva y planificacion familiar de las clínicas de salud maternoinfantil (MIHC) que se están creando en todo el pais Tal vez resulte útil elegir las clínicas mediante un proceso competitivo a fin de garantizar que se comprometan con los objetivos de las donaciones Si ASHONPLAFA decide añadir centros de parto a sus clinicas satélites, estos podrían incluirse igualmente en el proyecto

Las OPD's deberían continuar desarrollando los sistemas autosostenibles de cuidado de salud reproductiva entre las comunidades en las cuales funcionan Conforme la comunidad se hace mas independiente, las OPD deberian disminuir su apoyo en ese sector y pasar a otro sector ASHONPLAFA deberia ayudar a desarrollar la capacidad tecnica de las unidades de prestacion de servicio del MS y de las comunidades, segun convenga, y deberia igualmente pasar a otros sectores una vez que dicha capacidad sea sostenible

La cobertura potencial debería ser un criterio en el proceso de seleccion El objetivo debería ser comenzar con aquellas comunidades y centros que presentan una demanda significativa no satisfecha y que tienen un gran potencial para el exito Por ejemplo, las zonas en las cuales se desempeña PRODIM y ASCH tienen una población total de 459 000 habitantes, lo cual equivale al 11 por ciento de la población rural Mediante una selección cuidadosa de los sitios del proyecto, tal vez sea posible abarcar del 30 al 50 por ciento de la población rural durante los proximos cinco años

APÉNDICES

APÉNDICE A

Alcance del trabajo

I PROYECTOS OBJETO DE LA EVALUACIÓN

Dos proyectos se evaluarán al mismo tiempo Ellos son el Proyecto II del Sector de la Salud (522-0216) y el Proyecto III del Sector Privado sobre Poblacion (522-0389)

El Proyecto II del Sector de la Salud fue autorizado en mayo de 1988 y tenía una fecha original de conclusión de la asistencia al proyecto del 1 de octubre de 1995 En la primavera de 1995, esa fecha fue extendida al 30 de septiembre de 1996 mediante una Enmienda no financiada al Acuerdo de Proyecto Entre el 27 de abril y el 4 de junio de 1995 se llevo a cabo una evaluación de mediados del período de ejecución De seguidas, el proyecto fue modificado el 31 de julio de 1996 para extenderlo por tres años más y aumentar la contribución autorizada de la USAID de \$57,3 millones a \$68,4 millones (Enmienda PROAG 22) La nueva fecha de conclusion de la asistencia al proyecto es el 30 de septiembre de 1999

El Proyecto III del Sector Privado sobre Población fue autorizado el 27 de septiembre de 1995 y la fecha fijada para la conclusion de la asistencia al proyecto fue el 31 de diciembre de 2000 La contribución autorizada de la USAID es de \$11,2 millones Entre el 9 de octubre y el 18 de noviembre de 1994 se efectuó una evaluación del proyecto antecesor (Proyecto II del Sector Privado sobre Población), que fue autorizado en julio de 1989

II PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN

Esta evaluación ayudara a la USAID/Honduras, al Gobierno de Honduras y a la Asociacion Hondureña de Planificacion de la Familia (ASHONPLAFA), la filial en Honduras de la Federacion Internacional de Planificación de la Familia, a hacer ajustes, si fuese necesario a los proyectos en curso y a dar orientación para el seguimiento de las actividades La evaluación

- Determinará en que formas y en qué medida los proyectos estan contribuyendo al objetivo estratégico de la USAID/Honduras de "Mejorar la salud de la familia"
- Identificara las limitaciones en la ejecución de los proyectos y propondrá recomendaciones para el resto de la duración de los proyectos en materia de prioridades, estrategias y definicion de resultados y metas
- En consideracion del nuevo plan estratégico de USAID/Honduras para los años fiscales 1998-2003, identificar futuras actividades que contribuyan eficazmente al

nuevo objetivo de salud de la Misión que es "Mejoras sostenibles en la salud de la familia"

La Misión necesitará los resultados de la evaluación para el 1^o de julio de 1998

La evaluación del Proyecto II del Sector de la Salud no incluya una evaluación del componente sobre VIH/SIDA. Este componente fue evaluado entre el 12 de agosto y el 11 de septiembre de 1996. Los resultados de la evaluación dieron orientación a la Misión para formular un proyecto de prevención del VIH/SIDA para el sector privado, que se iniciaría después de que terminara el proyecto mundial AIDSCAP en 1997. En agosto de 1997 concluyó el proyecto local AIDSCAP. El 17 de febrero de 1998 se aprobó un Convenio Cooperativo con la Fundación Fomento en Salud (FFS) para que esta se convirtiera en Centro Nacional para el Conocimiento y la Prevención del SIDA y para promover la prevención del VIH y las ETS y el tratamiento de las ETS en todo el país. La FFS firmaría subconvenios con ONG hondureñas calificadas en 1998 para llevar a cabo esas actividades. Por lo tanto, como el proyecto con la FFS está apenas comenzando, sería prematuro evaluarlo en este momento.

III. ANTECEDENTES

A Proyecto II del Sector de la Salud

Según se ha mencionado, el proyecto fue modificado el 31 de julio de 1996, para extenderlo hasta el 30 de septiembre de 1999. La extensión del proyecto tenía por objeto intensificar el esfuerzo de largo plazo que llevan a cabo la USAID y el Ministerio de Salud para establecer a nivel nacional un "sistema público de atención primaria de salud sostenible y eficaz" concentrando la asistencia técnica y los recursos en los problemas más resalantes en materia de suministros --problemas tanto administrativos como técnicos-- que obstaculizan mayores progresos en la reducción de la mortalidad materna e infantil en las zonas rurales. La hipótesis de desarrollo que sustentó la extensión fue que "un sistema público de atención primaria de salud sostenible y eficaz" aumentaría el uso de ciertas intervenciones para la supervivencia del niño, de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, y de las prácticas de prevención de las ETS/SIDA. El uso de intervenciones esenciales, a su vez daría como resultado "mejoras en la salud de la familia".

La extensión estipula un enfoque a cuatro niveles

1. Prestación mejorada de los servicios de supervivencia del niño, salud reproductiva y planificación familiar en nueve zonas focales de la salud, las cuales abarcan unas 226 clínicas y hospitales y sirven aproximadamente al 25% de la población del país
2. Fortalecimiento de los sistemas y las políticas nacionales en 15 áreas de demostración

de la salud para mejorar la gestión financiera descentralizada y la recuperación local de costos, así como para mejorar los sistemas de supervisión, gestión y de información sobre salud, la educación en salud y los sistemas de suministro y mantenimiento de vehículos y equipos

- 3 Mejora de la ejecución de los programas de prevención de las ETS/SIDA y tratamiento de las ETS entre grupos destinatarios de alto riesgo en San Pedro Sula, Tegucigalpa La Ceiba y Comayagua
- 4 Mantenimiento de programas nacionales sumamente eficaces dando apoyo limitado a actividades tales como el programa ampliado de inmunización, terapia de rehidratación oral y salud ambiental

Durante el examen de resultados anuales (ERA) en noviembre de 1997 cuando se examinaron los avances de los proyectos de la Misión en materia de salud y de población, se informó que de los 52 indicadores para el Proyecto II del Sector de la Salud, uno se superó, 11 se alcanzaron, y 20 no se alcanzaron. El resto estaban o bien en curso o todavía no se habían llevado a la práctica. Algunos de los problemas con el Proyecto se presentaron porque la ejecución del mismo en 1997 se retrasó 5 meses debido al proceso de aprobación del Plan de Trabajo Anual. Además, transcurrieron 4 meses mientras el nuevo director recibía la autorización para firmar del director saliente de la Unidad de Coordinación del Proyecto (UCP), la que desembolsa los fondos. En consecuencia, el proyecto tuvo que apoyarse en un mecanismo relativamente lento para desembolsar el presupuesto de los costos locales. El adiestramiento en las 9 áreas focales también fue pospuesto hasta septiembre de 1997.

Las limitaciones administrativas, financieras y técnicas para mejorar el sistema público de atención primaria de salud también se han documentado bien en otros informes, que se pondrán a la disposición del equipo evaluador. Dado los recursos limitados y el poco tiempo disponible de acuerdo con la extensión del proyecto para abordar estas limitaciones, es claro que se necesita un programa substancialmente nuevo en materia de reforma sanitaria, que actualmente se ha planificado para que coincida con un nuevo préstamo del Banco Mundial para el sector y empiece en el año fiscal 1999.

B Proyecto III del Sector Privado sobre Población

El Proyecto III del Sector Privado sobre Población contribuirá a lograr el objetivo estratégico de la Misión de "Mejorar la salud de la familia" al ayudar a reducir la tasa total de fecundidad (TTF) de Honduras de 4,7 en 1995 a 4,2 para el año 2001. Esto se logrará aumentando el uso de los servicios de salud reproductiva, en especial los servicios de planificación familiar entre las mujeres en edad fértil de Honduras. Las actividades financiadas como parte del proyecto aumentarán la autosuficiencia de la ASHONPLAFA de 31 por ciento en 1995 a 63 por ciento en el año 2000.

Las actividades financiadas por el proyecto conduciran a seis resultados intermedios, a saber

- 1 Prestación mejorada de servicios clínicos y médicos
- 2 Programa de mercadeo social accesible, de alta calidad y autofinanciado
- 3 Programa de distribución comunitario, de alta calidad y debidamente enfocado
- 4 Estrategia eficaz de información, educación y comunicación
- 5 Sistemas de apoyo eficaces en la sede y en las oficinas regionales
- 6 Mayor participación de las organizaciones voluntarias privadas

La ASHONPLAFA ha recibido una cantidad substancial de asistencia tecnica de los organismos cooperantes (OC) apoyados por la USAID con miras a lograr estos resultados Debido a su número e importancia, los informes de viaje de los OC se entregaran al equipo evaluador una vez que éste llegue a Honduras

Se observa que la asistencia tecnica está dando resultados Por ejemplo, se logró la meta de autosuficiencia de 48 por ciento que la ASHONPLAFA fijó para 1997 Esto se debió a la reducción de la plantilla de personal, a la puesta en práctica de controles de costos, ajustes a los precios de servicios y productos para los clientes, así como a la diversificación de los servicios Además, la institucionalización de la garantía de calidad (GC) en ASHONPLAFA ha sido un gran éxito Algunos de los ejemplos de cómo la GC ha mejorado los servicios de ASHONPLAFA incluyen reduccion del tiempo de espera de los pacientes para recibir los servicios, mejor flujo de los pacientes a través de las clínicas, disponibilidad de servicios en las tardes y salas de espera más cómodas

Quizas el logro más grande que se ha observado hasta ahora como parte del Proyecto ha sido el cambio en la cultura institucional de la ASHONPLAFA La Asociación ha hecho progresos significativos en modificar su cultura organizacional pasando de una orientacion social, sin fines de lucro a una orientacion empresarial Como resultado, la ASHONPLAFA en tanto que institucion, ahora piensa en términos de autosuficiencia, y no de dependencia de donantes externos, y administra para obtener resultados

El problema más inquietante que ha experimentado ASHONPLAFA desde 1996 es su incapacidad para mantener los logros del índice de años-pareja de proteccion (APP's) en los niveles de 1995 Por ejemplo, en 1997 se alcanzo solamente 76 por ciento de esta meta Un analisis de los logros de los tres programas de prestacion de servicios de ASHONPLAFA

revela que el programa medico/clinico logro 73 por ciento de su meta, mientras que el programa de mercadeo social logro solamente 53 por ciento de su meta. En cambio, el programa de Servicios Comunitarios alcanzo 96 por ciento de su meta.

A finales de 1996 se tomo la decision de que la meta principal de ASHONPLAFA fuese alcanzar la autosuficiencia en el menor tiempo posible sin que decayera la calidad de los servicios que presta la organizaci3n. Esto significa que los planes de la ASHONPLAFA de ampliar los servicios en un intento por aumentar los APP's se pospusieron por el momento. Por lo tanto, la 6nica forma en que la ASHONPLAFA puede aumentar el logro de los APP's es prestando servicios de planificaci3n familiar a la gente pobre de Honduras, lo que subsidiaria mediante las ganancias obtenidas de los servicios diversificados, distintos a los de planificaci3n familiar, que presta la Asociaci3n. Cabe se1alar que ASHONPLAFA est1 atrayendo a una clientela que es capaz de pagar el precio completo por servicios diferentes a los de planificaci3n familiar. No obstante, algunos de estos servicios todav1a no son rentables.

Durante el examen de resultados anuales en noviembre de 1997 se inform3 que de los 46 indicadores para el Proyecto III del Sector Privado sobre Poblaci3n, dos se superaron, 36 se alcanzaron, y ocho no se alcanzaron. De los que no se alcanzaron, tres se refer1an a los indice de a1os-pareja de proteccion y dos a campa1as nacionales destinadas a dar a conocer a la ASHONPLAFA como el principal proveedor de servicios de planificaci3n familiar y salud reproductiva para los hombres y las mujeres de clase media.

En vista de que la autosuficiencia es ahora la meta principal de la ASHONPLAFA, habr1 que estudiar otras estrategias para aumentar el uso de anticonceptivos y reducir la fecundidad en el pa1s o posponerlas hasta que se logre la autosuficiencia financiera.

C Indicadores de salud

La salud de la familia en Honduras ha mejorado significativamente segun la Encuesta de Epidemiolog1a y Salud de la Familia (EESF). La mortalidad infantil bajo de 50 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1989 a 42 en 1993 (calculado indirecto). Esto puede deberse en parte a una creciente proporci3n de mujeres que buscan atenci3n prenatal y dan a luz en establecimientos medicos y al mayor espaciamiento entre los nacimientos. Aunque la tasa de mortalidad infantil calculada para 1993 es la mitad de la estimada para 1976, la tasa actual de Honduras sigue siendo alta en comparaci3n con las de algunos otros pa1ses de la regi3n, como Costa Rica que tiene una tasa de 15 por 1 000 nacidos vivos.

La fecundidad bajo de 5,2 nacimientos en toda la vida por mujer durante 1989-91 a 4,9 durante 1993-95, en comparaci3n con el promedio regional de 4,3. La mayor parte del descenso en la fecundidad es atribuible a un aumento en el uso de anticonceptivos, de 40,6 por ciento en 1987 a 50,0 por ciento en 1996.

En 1996, 69 por ciento de los hogares obten1an su agua potable de grifos dentro de la

vivienda, en comparación con 56 por ciento en 1991/1992. La proporción de hogares que disponen de un excusado o letrina aumentó de 60 por ciento a 74 por ciento en el mismo período.

La lactancia materna exclusiva (2 a 3,99 meses) aumentó de 23,2 por ciento en 1991/1992 a 29,5 por ciento en 1996.

A pesar de estos logros, existen diferencias importantes para casi todos los indicadores. Por ejemplo, la TTF estimada para Tegucigalpa y San Pedro Sula, los dos centros urbanos más importantes del país, es de 3,1 hijo por mujer. En las zonas rurales, la tasa es de 6,3 hijos por mujer. Los bajos niveles de educación están marcadamente correlacionados con una mayor fecundidad. La TTF para las mujeres que no tienen educación formal es de 7,1 hijos comparada con 2,9 hijos entre las mujeres que tienen por lo menos 7 años de escolaridad.

El uso de anticonceptivos varía por residencia, pasando de una cifra alta de 62 por ciento en las zonas urbanas a 40 por ciento en las zonas rurales. Desde el comienzo de la década actual, la tasa de aumento en el uso de anticonceptivos no ha variado significativamente desde 1987.

Sobre la base de cálculos directos de mortalidad infantil, la mortalidad neonatal ahora corresponde a más de la mitad de toda la mortalidad infantil. No obstante, la mortalidad posneonatal y de niños sigue siendo relativamente alta entre niños de las mujeres del campo que tienen menos instrucción, en parte debido a la mayor fecundidad entre esas mujeres y a la malnutrición en la niñez como factor de riesgo subyacente.

De acuerdo con los datos de la encuesta de 1996, los traumas en el momento del nacimiento, el nacimiento prematuro y las malformaciones congénitas consideradas en conjunto fueron la principal causa de mortalidad de los menores de cinco años (31 por ciento), seguida por las infecciones respiratorias agudas (24 por ciento) y la diarrea (21 por ciento).

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez en su vida se han hecho una prueba de Papanicolaou varía de 74 por ciento entre las mujeres que viven en Tegucigalpa o San Pedro Sula a 35 por ciento entre las mujeres de las zonas rurales. El único indicador en que las mujeres del campo tienen cifras más altas que las mujeres de la ciudad es en el de las dosis de toxoide tetánico recibidas durante su vida.

También existen diferencias en relación con la utilización de los servicios de salud. Por ejemplo, mientras que aproximadamente 89 por ciento de las mujeres de la ciudad reciben atención prenatal, solo 80 por ciento de las mujeres del campo reciben este tipo de atención. De igual manera, solo 32 por ciento de las mujeres del campo dan a luz en un establecimiento médico en comparación con 77 por ciento de las mujeres que viven en ciudades pequeñas y 93 por ciento de las mujeres que viven en Tegucigalpa o San Pedro Sula.

D Conclusión

Honduras ha hecho progresos asombrosos en mejorar la salud de la familia. Un estudio comparativo dirigido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) concluyó que Honduras estaba logrando resultados substancialmente mejores que sus vecinos en alcanzar una alta cobertura de los servicios de atención primaria de salud a pesar de su mala situación socioeconómica. No obstante, todavía queda mucho por hacer con respecto a la salud reproductiva, la planificación familiar y la mortalidad de niños.

Por ejemplo, la reducción de la mortalidad ya mencionada es de acuerdo a cualquier estándar bastante modesta, y ocurrió principalmente en las zonas urbanas. La posibilidad de que ocurran otras disminuciones en la fertilidad entre mujeres de la ciudad, que han recibido mayor instrucción es muy limitada, como puede verse al comparar la fertilidad actual con la buscada. No obstante, hay una amplia brecha entre el tamaño real de la familia y el tamaño ideal de la familia en las zonas rurales (6,5 frente a 3,3), lo que sugiere que las mujeres del campo también se muestren receptivas al uso de anticonceptivos, ya sea para espaciar los nacimientos o para detener la maternidad una vez que se alcanza cierto tamaño de la familia. La carencia principal en las zonas rurales de Honduras es el acceso adecuado a servicios de planificación familiar de alta calidad, incluso a los métodos anticonceptivos quirúrgicos. El Ministerio de Salud debe prestar servicios mejorados de planificación familiar por medio de su sistema de atención a la salud en las zonas rurales donde ASHONPLAFA no puede dar cobertura completa y adecuada, aunque es en las zonas rurales donde la mortalidad materna y las tasas totales de fecundidad son más altas.

Puesto que actualmente la mortalidad neonatal es la causa de más de la mitad de toda la mortalidad de lactantes, habrá que concentrar más esfuerzos en la reducción de las causas perinatales de estas muertes, en especial en la promoción de la atención prenatal, el suministro de suplementos para la alimentación de las madres, parto sin riesgo, y mejor atención del recién nacido. También son necesarios mayores esfuerzos para mejorar el tratamiento de la neumonía y el uso de la terapia de rehidratación oral.

IV PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PARA SALUD DE LA FAMILIA

La mala salud y el crecimiento acelerado de la población son obstáculos críticos a la habilidad de Honduras para lograr un desarrollo sostenible. A partir del año fiscal 1998, USAID/Honduras ha incorporado el concepto de "sostenible" en su objetivo actual de "mejorar la salud de la familia" para asignar una importancia mucho mayor al fortalecimiento de los sistemas financieros, institucionales y gerenciales a objeto de mantener o continuar mejorando la salud reproductiva, la supervivencia del niño y la seguridad alimentaria a pesar de los recursos en disminución. Por lo tanto, la Misión ha escogido los siguientes como su enunciado de objetivo estratégico 3:

"Mejoras sostenibles en salud de la familia"

Algunos de los ejemplos concretos de sostenibilidad que esperamos alcanzar en el año 2003 son que ASHONPLAFA se autofinancie en un 85%, el Ministerio de Salud estará costeadando una porción creciente de sus costos recurrentes, incluidas sus necesidades en anticonceptivos, se habrá establecido completamente un centro hondureño no gubernamental para el conocimiento y la prevención del SIDA, y la distribución directa de ayuda alimentaria disminuirá en la zona rural del occidente, a medida que se reducen el consumo calórico insuficiente y la indigencia. Al mismo tiempo, la mortalidad materna e infantil, la fecundidad y la malnutrición de los niños continuarán disminuyendo mientras que la seroprevalencia del VIH se estabilizara. El uso de los servicios clave que contribuyen con estos logros se mantendrá o aumentará.

El marco de resultados del objetivo estratégico 3 y los indicadores de desempeño se presentaran al equipo evaluador una vez que éste llegue al país.

V ENUNCIADO DEL TRABAJO

El equipo de evaluación se concentrara en contestar las siguientes preguntas. Para todas las tareas especificadas los evaluadores tendran que presentar lo siguiente:

- Sus hallazgos (es decir, la "prueba"),
- Sus conclusiones (es decir, su interpretación de la prueba y su mejor juicio basado en esta interpretación),
- Sus recomendaciones basadas en sus juicios.

Los evaluadores deberán distinguir claramente sus hallazgos, conclusiones (es decir, sus interpretaciones y juicios), recomendaciones y lecciones aprendidas.

A Proyecto II del Sector de la Salud

A 1 Planificación familiar

- Evaluar lo que hemos logrado hasta la fecha para cumplir la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto en cuanto a indicadores de resultados de planificación familiar, especialmente los esfuerzos para mejorar las actividades de planificación familiar relacionadas con posparto y posaborto en el Hospital Escuela y otros hospitales del Ministerio de Salud, el proyecto piloto de enfermeras auxiliares de

salud reproductiva (incluyendo sintetizar los hallazgos de informes del Consejo de Poblacion), y el programa de planificación familiar del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

- ¿Hasta que punto el Ministerio de Salud esta comprometido con la planificación familiar? ¿Cómo pueden ampliarse y fortalecerse las actividades de planificación familiar en el Ministerio de Salud? ¿Cuál sería una estrategia aceptable de planificación familiar para el Ministerio de Salud?
- Además de la inexistencia de servicios "las barreras institucionales" tales como edad y requisitos en cuanto a número de partos, que hay en el Ministerio de Salud impiden que un mayor número de mujeres se hagan ligadura de las trompas ¿Que hay que hacer para eliminar esas "barreras" para que se pueda satisfacer la demanda de anticoncepcion quirurgica? ¿Tendria el Ministerio de Salud la capacidad para satisfacer esta demanda si se eliminaran estas barreras? De no ser asi, ¿como puede USAID/Honduras ayudar al Ministerio de Salud para aumentar su capacidad para prestar servicios de anticonceptivos quirúrgicos?
- Con ayuda del Proyecto, el Hospital Escuela de Tegucigalpa ha aumentado drásticamente el número de ligaduras de las trompas que realiza y el número de DIU que inserta ¿Qué acciones (adestramiento, equipo, renovación logística) serían necesarios para repetir este modelo en otros hospitales del Ministerio y en clinicas de salud materno-infantil en el país? En cuestiones del índice de años-pareja de protección y el potencial de reducir la fecundidad en el campo (medida por los datos de la encuesta) ¿que hospitales y clínicas de SMI deberian recibir atención prioritaria?
- ¿Como puede fortalecerse el sistema de suministros del Ministerio de Salud para asegurar que las clinicas y los hospitales tengan siempre una cantidad adecuada de anticonceptivos y de estuches (kits) de inserción de DIU a la disposición? De igual manera, como puede mejorarse la presentación de informes sobre las existencias que quedan de productos esenciales para la planificación familiar con miras a que la adquisicion de suministros esenciales no dé como resultado una situacion de desabastecimiento o exceso de existencias?
- ¿Cómo podría mejorarse la supervision que hace el Ministerio de Salud de los servicios de planificación familiar? ¿Que tipo de asistencia del proyecto podria darse en este área?
- ¿Cómo podría efectuarse la preparacion de informes sobre anticonceptivos entregados y ligaduras de trompas realizadas, con miras a disponer de datos confiables de manera oportuna para calcular los logros en índice de años-pareja de protección?

A 2 Atención de salud materna y neonatal

- Los datos de la encuesta de 1996 indican que las mujeres del campo, con menos instrucción prefieren ir a un CESAMO y no a un CESAR para recibir atención prenatal. Para muchas mujeres, un CESAR sería un lugar adecuado para recibir atención prenatal. ¿Por qué las mujeres no están utilizando los servicios prenatales prestados por los CESAR? ¿Qué esfuerzos deberían hacerse para fortalecer la imagen de los CESAR o debería prestarse atención a aumentar el número de CESAMOS para ampliar la cobertura prenatal? (Ver el estudio auspiciado por MotherCare sobre práctica perinatal)
- Con respecto al parto seguro y el manejo de las emergencias obstétricas, evaluar lo que se ha logrado hasta la fecha en cumplir los indicadores de resultados de acuerdo a la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto. Aconsejar sobre lo que la Misión y el MS deben lograr durante los próximos 5 años para reducir la mortalidad materna debida a emergencias obstetricas en las zonas rurales
- ¿Cuál sería una función apropiada para el Proyecto II del Sector de la Salud a objeto de reducir la mortalidad perinatal? ¿Que asistencia del proyecto debería darse en esta área?
- ¿Por qué las mujeres embarazadas con problemas que amenazan su vida no van a los centros de salud y hospitales? ¿Qué puede hacerse para establecer un sistema de referencia de pacientes más eficaz en las zonas rurales para emergencias obstetricas? ¿Que enfoques innovadores podrían adoptarse para atender las emergencias obstétricas?
- ¿Que puede hacerse para aumentar la proporción de mujeres del campo, menos instruidas que acudan a hospitales o a clínicas de SMI? ¿Tiene la red de hospitales del Ministerio de Salud la capacidad para absorber un aumento en el número de nacimientos en instituciones? De no ser así ¿que asistencia del proyecto debe darse al Ministerio para aumentar su capacidad?
- ¿Qué puede hacerse para aumentar la proporción de todas las mujeres que dan a luz y reciben un examen de posparto en el momento oportuno? ¿Cómo puede integrarse la atención posparto de la madre con la atención al recién nacido?

A.3 Supervivencia del niño

- El uso de las sales de rehidratación oral no ha aumentado en los últimos 10 años. ¿Por qué? ¿Qué asistencia del proyecto, si fuese el caso, debería darse en esta área?

- Los niños con casos graves de IRA y los niños deshidratados debido a un episodio reciente de diarrea no van a los centros de salud ni a los hospitales en busca de tratamiento ¿Que puede hacerse para establecer un sistema de referencia de pacientes mas eficaz en las zonas rurales para el tratamiento de estas enfermedades? Teniendo en cuenta el estudio reciente sobre eficacia en función de los costos del manejo comunitario de la neumonía, ¿qué debe hacer el proyecto para mejorar el manejo comunitario de las IRA?
- ¿Cómo debería el proyecto apoyar los hospitales a nivel del área en el tratamiento de la neumonía como primera linea de referencia en el sistema de atencion primaria de salud?
- La cobertura de inmunización de niños menores de un año con las cuatro vacunas tradicionales ha permanecido en mas del 90 por ciento y de las embarazadas con dos dosis de toxoide tetánico en mas de 95 por ciento Por lo tanto, ¿cuál seria una estrategia apropiada para reducir y finalmente terminar el apoyo del proyecto a la cadena de frio, incluidos los costos de viaje y los viáticos de los que administran las vacunas?

A 4 Agua y saneamiento en las zonas rurales

- ¿Hasta qué punto SANAA ha obtenido buenos resultados utilizando su experiencia en el proyecto para asociarse con otros donantes y seguir ampliando la cobertura?
- ¿Que efecto tiene la creación de los "Tecnicos de Agua y Saneamiento" (TAS) y de los "Tecnicos de Operacion y Mantenimiento"(TOM) sobre la eficiencia y la eficacia de los programas rurales del SANAA? ¿Ha adoptado el SANAA este programa como suyo? ¿Que otras medidas deben tomarse para fortalecer este programa?
- ¿Hasta que punto ha logrado el SANAA adiestrar a la gente del lugar en la operacion y el mantenimiento de los sistemas de agua?
- Considerando el hecho de que ya no puede contarse con fondos de la USAID para la construcción de sistemas de agua y letrinas adicionales, ¿cómo podria USAID/Honduras seguir apoyando al sector de agua y saneamiento dado que es tan fundamental para mejorar la salud?

A.5 Sistemas de apoyo sostenibles

- Evaluar lo que hemos logrado hasta la fecha en alcanzar los indicadores de resultados estipulados en la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto en términos de supervision, sistemas de informacion sobre salud y sistemas de informacion para la

gerencia ¿Debería el proyecto continuar con las actividades? ¿Por qué sí o por que no? Si la respuesta es sí, ¿cómo debería proceder el Proyecto?

- Examinar la ejecución del esfuerzo de reforma administrativa apoyado por el Proyecto (SIGAF) ¿Ha producido o producirá este esfuerzo resultados significativos? Explique cuáles han sido, o serán, estos resultados, abordando los puntos de referencia y los indicadores propuestos en el diseño del proyecto
- Evaluar hasta qué punto se ha cumplido lo estipulado en la cláusula de la Enmienda 22 del Acuerdo del Proyecto sobre la evaluación, hecha por el MS, de los costos y ahorros de las nuevas tecnologías y sistemas administrativos, y la asignación de recursos del MS a la atención primaria de salud en el campo
- ¿Cómo ven las nuevas autoridades de salud temas tales como reforma sanitaria, recuperación de costos y sostenibilidad? ¿Que planes tienen las nuevas autoridades sanitarias para aumentar la eficiencia y la sostenibilidad del Ministerio de Salud? ¿Cómo perciben nuestros nuevos asociados en el MS la orientación de resultados de la Misión? Desde su punto de vista, se logrará alguna diferencia con la administración por resultados? De ser así, ¿cómo?

B Proyecto III del Sector Privado sobre Población

- ¿En qué medida la reorganización administrativa de la ASHONPLAFA ha aumentado la delegación de autoridad desde la oficina central y dado a las oficinas regionales mayor libertad para planificar y administrar sus programas? ¿Están los directores regionales lo suficientemente entrenados para administrar sus programas? De no ser así, ¿qué adiestramiento adicional necesitan?
- Si ha ocurrido la descentralización, ¿se justifica mantener un personal central numeroso? De no ser así, ¿qué cambios deben hacerse para reducir la plantilla del personal central?
- Hasta cierto punto, la ASHONPLAFA ha tenido éxito en reducir sus costos operativos ¿Que medidas adicionales puede tomar ASHONPLAFA para reducir todavía más sus costos operativos y para aumentar su productividad y eficiencia?
- La ASHONPLAFA ha diversificado sus servicios para mejorar su perfil de autosuficiencia No todos sus servicios diversificados son rentables ¿Que debe hacerse para que sean rentables? ¿Deberían eliminarse algunos de los servicios

actuales porque nunca serán rentables? ¿Cuales servicios adicionales no destinados a la familia podría ofrecer la ASHONPLAFA con miras a aumentar sus ganancias?

- Los servicios diversificados están destinados a atraer a hombres y mujeres de clase media a los establecimientos de ASHONPLAFA ¿Son estos establecimientos lo suficientemente adecuados para este tipo de clientela? ¿Es el personal de estos establecimientos adecuado para atender a este tipo de clientela? ¿Qué medidas adicionales tiene que tomar ASHONPLAFA para atraer a la clase media a sus establecimientos?
- De acuerdo con los datos de la encuesta de 1996, un número considerable de hombres y de mujeres que tienen la capacidad de pagar por los servicios de salud utiliza los servicios del Ministerio de Salud Los datos de la encuesta muestran también que el uso de los servicios del sector privado de la salud es limitado, especialmente en los dos principales centros urbanos del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula ¿Que puede hacer ASHONPLAFA para colmar este vacío en el sector privado?
- ¿Cual es la definición operativa de autosuficiencia utilizada por el Proyecto PSPIII? ¿Como la mide ASHONPLAFA? ¿Cómo la miden los programas de planificación familiar en otros países? Trate otras diferencias en las definiciones o en la metodología de medición y haga recomendaciones para el caso de ASHONPLAFA

B 2 Logros en el índice de años-pareja de protección

- Los logros en cuanto al índice de años-pareja de protección han disminuido durante los últimos dos años, particularmente en el programa médico/clínico y en el programa de Mercadeo Social ¿Cuáles son las razones de esta disminución y qué puede hacerse para invertir esta tendencia? ¿Como afecta el nuevo método de pagar a los médicos (riesgo compartido) el logro del índice de años-pareja de protección del programa médico/clínico?
- ¿Que puede hacerse para asegurar que ASHONPLAFA siga concentrándose en planificación de la familia a la vez que diversifica sus servicios para aumentar los ingresos?
- En 1997, el programa de Mercadeo Social generó menos del 10 por ciento del total de los logros de ASHONPLAFA en materia de índice de años-pareja de protección ¿Debería continuarse con este programa? ¿Por qué sí o no? ¿Cuál sería el efecto de eliminar este programa sobre el total de logros de ASHONPLAFA en cuanto al índice de años-pareja de protección y sobre sus metas de autofinanciamiento?

- El programa de servicios comunitarios de ASHONPLAFA ha venido funcionando relativamente bien a lo largo de los últimos 5 años, produciendo aproximadamente una tercera parte de los logros totales de ASHONPLAFA en materia de índice de años-pareja de protección en 1997. No obstante, ¿qué puede hacer USAID/Honduras para ayudar a mejorar este programa en su capacidad de aumentar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales sin sacrificar su autosuficiencia?
- En un esfuerzo por ampliar los servicios de planificación familiar prestados por el sector privado en las zonas rurales de Honduras, la USAID ha otorgado subvenciones a *Save the Children* y a PRODIM, dos OVP, en 1997. La USAID está planeando conceder otras dos subvenciones en 1998. En cuanto a cobertura y eficiencia ¿tiene sentido dar subvenciones a dos o más OVP, o sería mejor dar el dinero a ASHONPLAFA para ampliar sus servicios de planificación familiar en el campo? ¿Qué resultados está dando el trabajo de PRODIM y *Save the Children* con ASHONPLAFA y el Ministerio de Salud?

B.3 Sistemas de Apoyo

- ¿Hasta qué punto se han llevado a la práctica los sistemas? ¿En qué medida los datos generados por estos sistemas se han usado en la planificación y la toma de decisiones? ¿Cómo pueden fortalecerse estos sistemas y su uso?

B.4 Otros

- El proyecto regional de la USAID de mercadeo social de condones para la prevención del VIH/SIDA (PASMO) se ha acercado a la ASHONPLAFA para que colabore en la distribución del condón Vive. ¿Tendría sentido para ASHONPLAFA colaborar con PASMO? De no ser así, ¿es factible que ASHONPLAFA comercialice su propio condón contra el VIH/SIDA en Honduras? ¿Puede ASHONPLAFA alcanzar la cobertura nacional que se necesitaría para reducir la transmisión del VIH en grupos de alto riesgo y en la población general? ¿Estarian otros donantes interesados en apoyar a ASHONPLAFA en la comercialización del condón para la prevención del VIH/SIDA?
- Durante los dos últimos años, la ASHONPLAFA ha recibido una cantidad substancial de asistencia técnica de los organismos cooperantes apoyados por la USAID. Sin embargo, los fondos para población, con los que cuenta la Misión están escaseando. En consecuencia, la Misión no está en condiciones de dar el mismo nivel de asistencia técnica a ASHONPLAFA en los próximos años. Hay que hacer recomendaciones en cuanto a áreas programáticas, administrativas y

gerenciales en que ASHONPLAFA necesita seguir recibiendo asistencia técnica, dando esas áreas en orden de prioridad

- ¿Esta trabajando y coordinando bien ASHONPLAFA con PRODIM, *Save the Children* y el Ministerio de Salud?
- El Proyecto de Poblacion III del Sector Privado ha recomendado tres comités (adiestramiento, servicios e informacion, educacion y comunicación) A medida que han evolucionado las cosas queda solamente un grupo de trabajo sobre salud reproductiva organizado por el Consejo de Poblacion ¿Hasta qué punto es eficaz este grupo de trabajo?

C Cuestiones interrelacionadas

- Asesorar a la Misión sobre lo que debería hacer durante los próximos 5 años para aumentar el uso de anticonceptivos en las zonas rurales en por lo menos 10 puntos en porcentaje
- ¿Hasta qué punto el Consejo de Población ha sido eficaz en dar asistencia técnica al Ministerio de salud, ASHONPLAFA y a otras OVP/ONG?

VI MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

El jefe del equipo visitará el país 10 días antes de la evaluación para reunirse con los funcionarios técnicos de USAID/Honduras y con sus contrapartes del MS y de ASHONPLAFA Allí, recopilara documentos de antecedentes y preparara un borrador de la metodología de campo, incluyendo un calendario de las visitas de campo que sera aprobado por USAID/Honduras El equipo completo sostendra una reunión de planificación en los Estados Unidos para examinar sus alcances del trabajo, la metodología de campo y para estudiar los documentos de antecedentes

Antes de la llegada del jefe del equipo, el Ministerio de Salud y ASHONPLAFA habran nombrado a contrapartes técnicas para cada uno de los miembros del equipo Las contrapartes participaran activamente en todas las reuniones, visitas y actividades de los miembros del equipo de evaluacion Los viaticos para sus visitas de campo provendran de un contratista de evaluacion

VII COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN

El equipo consistira en un jefe de equipo, un especialista en salud materno-infantil y neonatal, un especialista en supervivencia del niño, un especialista en agua y saneamiento, un especialista en sostenibilidad de programas de planificación familiar, un especialista en

programas de planificación familiar, un analista de sistemas de gestión de la planificación familiar y un especialista en logística

A Jefe de equipo (8 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El jefe de equipo coordinará todas las etapas de la evaluación, incluida la metodología de campo y la logística, así como también la preparación y presentación del borrador del informe y la versión final del mismo. Será responsable de las cuestiones relativas al mercadeo social de anticonceptivos en esta evaluación al igual que de los asuntos interrelacionados

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría o doctorado en un campo relacionado con la salud o un MD/MPH
- Experiencia en la evaluación de PHC o programas de planificación familiar
- Diez (10) años de experiencia en la gerencia de programas de atención de salud pública y planificación familiar en países en desarrollo, por ejemplo, antiguo jefe de equipo de un contratista institucional de un país latinoamericano encargado de prestar asistencia técnica a un programa del MS
- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

B Especialista en salud materno-infantil y neonatal (5 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El especialista en salud materno-infantil y neonatal tendrá a su cargo la preparación de todas las secciones del informe relativas a la atención prenatal, el parto seguro, la atención posparto, la salud materno-infantil y neonatal en el Ministerio de Salud. Además, realizará otros estudios que el jefe de equipo estime necesarios

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría o doctorado en un campo relacionado con la salud o un MD/MPH
- Experiencia en la evaluación de programas de salud materno-infantil y neonatal

- Siete (7) años de experiencia en programas de prestación de servicios de salud reproductiva en los países en desarrollo, preferiblemente en América Latina
- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

C Especialista en supervivencia del niño (3 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El especialista en supervivencia del niño tendrá a su cargo la preparación de todas las secciones del informe relativas a la supervivencia del niño en el Ministerio de Salud. Además, desempeñará otras funciones que el jefe de equipo estime necesarias.

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría o doctorado en un campo relacionado con la salud o un MD/MPH
- Experiencia en la evaluación de programas PHC
- Siete (7) años de experiencia en programas de prestación de servicios de supervivencia infantil en los países en desarrollo, preferiblemente en América Latina
- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

D Especialista en agua y saneamiento (2 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El especialista en agua y saneamiento tendrá a su cargo la preparación de todas las secciones del informe relativas al programa rural de agua y saneamiento en el Ministerio de Salud y el SANAA.

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría en ingeniería sanitaria/ambiental o salud
- Experiencia en la evaluación de programas de agua y saneamiento/salud ambiental
- Cinco (5) años de experiencia en programas de suministro de agua y saneamiento en los países en desarrollo, preferiblemente en América Latina

57

- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

E Especialista en sostenibilidad de programas de planificación familiar (4 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El especialista en sostenibilidad de programas de planificación familiar tendrá a su cargo la preparación de todas las secciones del informe relativas a la sostenibilidad en ASHONPLAFA. Además, desempeñará otras funciones que el jefe de equipo estime necesarias.

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría en un campo relacionado con la salud o un MD/MPH
- Experiencia en la evaluación de programas de planificación familiar
- Cinco (5) años de experiencia en el diseño y puesta en práctica de programas sostenibles de planificación familiar en los países en desarrollo, preferiblemente en América Latina
- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

F Especialista en programas de planificación familiar (6 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El especialista en programas de planificación familiar tendrá a su cargo la preparación de todas las secciones del informe relativas a la planificación familiar en ASHONPLAFA. Además, desempeñará otras funciones que el jefe de equipo estime necesarias.

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría en un campo relacionado con la salud o un MD/MPH
- Experiencia en la evaluación de programas de planificación familiar
- Cinco (5) años de experiencia en el diseño y evaluación de programas sostenibles de planificación familiar en los países en desarrollo, preferiblemente en América Latina
- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

G Analista de sistemas de gestión de la planificación familiar (6 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El analista de sistemas de gestión tendrá a su cargo la preparación de todas las secciones del informe relativas a los sistemas de gestión en ASHONPLAFA y los sistemas de apoyo sostenibles del MS. Además, desempeñará otras funciones que el jefe de equipo estime necesarias.

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría en un campo relacionado con la salud o un MD/MPH
- Experiencia en la evaluación de sistemas de gestión de programas de salud y planificación familiar
- Cinco (5) años de experiencia en el diseño y puesta en práctica de sistemas de gestión de programas de salud y planificación familiar en los países en desarrollo, preferiblemente en América Latina
- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

H Especialista en logística (3 semanas)

1 ALCANCE DEL TRABAJO

El especialista en logística tendrá a su cargo la preparación de la sección del informe relativa al sistema de suministro/logística en el MS. Además, desempeñará otras funciones que el jefe de equipo estime necesarias.

2 REQUISITOS

- Diploma de maestría en un campo relacionado con la salud
- Experiencia en la evaluación de sistemas de suministro/logística en ministerios de salud
- Cinco (5) años de experiencia en el diseño y puesta en práctica de sistemas de logística en los países en desarrollo, preferiblemente en América Latina
- Nivel de suficiencia en los idiomas español (nivel FS-3) e inglés

VIII REQUISITOS EN CUANTO A PRESENTACIÓN DE INFORMES

El equipo de evaluación preparará un informe escrito para cada proyecto, que contenga las siguientes secciones

- Contenido
- Abreviaturas usadas en el informe
- Resumen ejecutivo (que deba ser un documento independiente que no tenga más de tres páginas)
- Cuerpo del informe (aproximadamente 35 páginas)
 - Propósito y preguntas de estudio de la evaluación
 - Contexto económico, político y social del proyecto
 - Composición del equipo, campo de experiencia y función que cada miembro desempeña en la evaluación
 - Metodología del estudio (máximo una página)
 - Hallazgos de la evaluación
 - Conclusiones
 - Recomendaciones
 - Lecciones

Cada uno de los rubros citados debe presentarse en una sección separada del informe. Las descripciones detalladas y la documentación de antecedentes debe ir en anexos al informe.

El informe suministrará la información (pruebas y análisis) en las que se basan las recomendaciones y conclusiones.

Las conclusiones deben ser cortas y sucintas, con el tema identificado por un subtítulo breve relacionado a la pregunta planteada en el Enunciado del Trabajo. Las recomendaciones deben coincidir con las conclusiones. Siempre que sea posible, las recomendaciones deben especificar quien o qué organización debería ser responsable de las acciones recomendadas.

Las lecciones aprendidas deben describir los factores de relación causal que demostraron ser críticos para el éxito o el fracaso del proyecto, incluyendo condiciones existentes de carácter político, económico social y burocrático dentro del país anfitrión y la USAID. Estas también deben incluir una discusión de las técnicas o enfoques que demostraron ser más eficaces o que tuvieron que cambiarse, y por qué.

Los apéndice incluirán un mínimo de lo siguiente:

- Alcance del trabajo
- Descripción de la metodología usada en la evaluación

- Bibliografía de los documentos consultados
- Lista de personas contactadas

Bajo la dirección del jefe de equipo, el equipo de evaluación preparará y presentara proyectos de informes en ingles y en español sobre la evaluacion a USAID/Honduras Para las discusiones que siguen, la semana #1 corresponde a la primera semana en que el equipo de evaluación esta en el país

Hacia el miércoles de la semana # 6, el equipo presentará un primer borrador de los informes de evaluación, con anexos y un disquete (formato WP5 2) Se presentaran 10 ejemplares del informe en español y 10 en inglés Funcionarios de USAID/Honduras, del MS y de ASHONPLAFA examinarán los borradores de los informes y harán sus comentarios preliminares al Jefe de equipo por COB el martes de la semana 7 El jefe de equipo incorporara comentarios de la USAID, el MS y ASHONPLAFA en un segundo borrador de los informes y los distribuirá (10 ejemplares en ingles y 10 en español de cada informe) con un disquete a la USAID entes de su viaje al final de la semana # 7

La USAID, el MS y ASHONPLAFA tendrán diez dias habiles para hacer comentarios adicionales al contratista sobre el segundo borrador de los informes de evaluacion El contratista entonces tendra otros 10 días para incorporar los comentarios de la USAID, el MS y ASHONPLAFA y presentar el informe final y el disquete a la Mision Se entregaran a USAID/Honduras veinte ejemplares en ingles y diez en español de cada informe

El equipo de evaluacion informará a la USAID, el MS y ASHONPLAFA por separado en cuanto a sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones antes de la partida del equipo Esto se hara durante la semana 6

IX PRESUPUESTO

Anexo al presente documento se incluye un presupuesto a modo de ilustración Se autoriza una semana de trabajo de seis dias para la parte del Alcance de trabajo en el interior del país
 =====

Enmienda al VII Requisitos para presentación de informes

Durante las negociaciones entre USAID/Honduras y POPTECH, el calendario se modifiko de la siguiente manera

Sesion de información con USAID, ASHONPLAFA, MS	15 junio
Borrador de informe sometido por el Equipo	16 junio
Comentarios sobre el informe de USAID, ASHONPLAFA y MS	

presentado al equipo	19 junio
Presentación del borrador final en ingles y traducción de hallazgos principales y recomendaciones a la USAID, MS y POPTECH	26 junio
POPTECH revisa informe y presenta borrador de aprobación a la USAID	17 julio
POPTECH recibe aprobación escrita formal sobre el informe de la USAID	31 julio
POPTECH envia informe para traduccion al español	31 julio
Veinte ejemplares del informe en ingles distribuidas a la USAID/Honduras	7 agosto
Diez ejemplares de la traduccion al español distribuidas a la USAID/Honduras	14 agosto

APÉNDICE B

Documentos revisados

- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Boletin Estadistico Anual 1994
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Boletin Estadistico Anual 1995
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Boletin Estadistico Anual 1996
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Informe Estadistico Anual 1997
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Informe Estadistico, Primer Trimestre 1997
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Informe Estadistico, Primer Trimestre 1998
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Plan de Mercadeo, 1997, Program de Mercadeo Social
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Plan de Accion Año 1995
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Plan de Accion Año 1996
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Plan de Accion Año 1997
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Plan de Accion Año 1998
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Resultados/Indicadores n d
- Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Plan Estrategico 2001, Preparado por ASHONPLAFA con financiamiento de USAID/Honduras y Asistencia Tecnica de IPPF/WHR, 1997

Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Estudio sobre Calidad de Atencion y Satisfaccion de Usuaris del Programa Medico Clinico Division de Investigacion, Evaluacion y Planamiento n d

Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA) Estudio Calidad de Atencion y Satisfaccion del Cliente, Programa Medico Clinico Division de Investigacion, Evaluacion y Planamiento Noviembre 1997

Asociacion Hondureña de Planificacion de Familia (ASHONPLAFA Conclusiones y Recommendations sobre el Proyecto Clinico de Metodos Temporales en La Ciudad de (Yoro, Lima, Villanueva, Choloma) Division de Investigacion, Evaluacion y Planamiento Noviembre 1997

Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar, 1996 Informe Resumido

Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar, 1996 Esterilizacion Femenina

Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar, 1996 Demanda para Esterilizacion Femenina

Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar, 1996 Planificacion Familiar

Cobb, Laurel, Dave Denman, Victor Jaramillo and A. Rizo Evaluation of the USAID/Honduras Private Sector Population II Project (522-0369) POPTECH Report No 94-015-23, July 1995

USAID/Honduras Project Paper Private Sector Population III Project (522-0389), September 27, 1995

USAID/Honduras Strategic Plan (FY 1998-2003), May 1997

USAID/Honduras Results Review and Resource Request (R4), May 1997

USAID/Honduras SO3 1997 Annual Results Review (ARR) and Issues November 21, 1997

APÉNDICE C

Contactos

USAID

Dr Mary Ann Anderson, Director, Human Resources Development
Dra Maria del Carmen Miranda, Population Advisor
Mr Richard Monteith, TAACS Advisor
Dr David Losk, Chief, Health/Population/Nutrition Division

ASHONPLAFA, Central Office

Lic Carlos Morlacchi R , Executive Director
Lic Juanita Josefa Martinez, Chief, Planning and Project Coordination Division
Lic German Humberto Cerrato, Chief, Administration and Finance Division
Lic Suyapa Pavon, Chief, Research, Evaluation and Statistics Division
Dr Manuel Sandoval, Director, Medical Services
Lic Nelly Elizabeth Funez, Chief, Regional Division
Lic Ricardo Reyes, Chief, Sales Division
Lic Roger Castro, Chief, Social Marketing Program
Profa Daisy Cruz, Director Community Services Program
Lic Lenin Flores Anduray, Director, Information, Communication and Marketing Division
Sr Luis Enrique Guzman, Chief, Promotion, Publicity and Public Relations
Lic Maria Roberta Bulness, Chief, Human Resources Division
Lic Janeth de Cerritos, Internal Training
Lic Elena de Perez, External Training

ASHONPLAFA, Field Visits

Region I, Tegucigalpa

Lic Adma Lastenia de Cerrato, Chief
Sra Reina Galindo, Community Services Supervisor
Sra Ada Luz Berlioz, Reproductive Health Promoter, Comayagua Clinic
Dr Edwin Padilla, Physician, Comayagua Clinic
Sra Nitzia Soler, Saleslady, Barrio Cabanas Comayagua
Sra Candida Lopez Saleslady Liconas, Comayagua
Sra Norma Avila Saleslady, Ajuterique
Sra Marlen Lagros Counseling Assistant Tegucigalpa Clinic
Sr Gloria Flores, Counselor, Tegucigalpa Clinic
Lic Orbelina Hernandez, Professional Nurse, Tegucigalpa Clinic

Dr America Chirinos, Physician, Tegucigalpa Clinic
Lic Rosaria Tilguat Professional Nurse, Danli Clinic
Sra Concepcion Savala, Reproductive Health Promoter, Danli Clinic

Region II, San Pedro Sula

Profa Maria de Jesus Alvaredo de Mejia, Chief
Sr Juan Carlos Velasquez, Accountant
Sr Joel Duran, Supply Officer
Cont Ramiro Hernandez, Sales and Community Services Supervisor
Lic Edith Castro, Professional Nurse, Puerto Cortes Clinic
Lic Maria del Carmen Castro, Professional Nurse, El Progreso Clinic
Sra Norma Mariaga, Librarian/Receptionist, San Pedro Sula Clinic
Sra Yolanda Ruiz Family Planning Counselor, San Pedro Sula Clinic

Region III, Choluteca

Lic Carlos Melendez, Chief
Sr Amadeo Garcia, Community Services Promoter
Lic Eglia Elisa Espinoza, Professional Nurse, Choluteca Clinic

Region IV, La Ceiba

Cont Pablo Dominguez, Chief
Profa Norma Ayala de Montoya, Sales and Community Services Supervisor
Dr Imilse Cubas, Physician, Tocoa Clinic
Lic Sandra Canisales, Professional Nurse, Tocoa Clinic
Sra Lucia de Valdez, Saleslady, Tocoa Clinic
Sra Ortila Rosales, Reproductive Health Coordinator, Tocoa Clinic

Region V, Copan

Lic Jesus Humberto Chavez, Chief
Sra Blaca Livia Vividor, Community Services Supervisor
Sr Arnold Bueso, Sales Promoter
Dra Irena Alvarado Physician, La Entrada Clinic

Region VI, Olancho

Lic Dilia Jimenez, Chief
Sr Jairo Eloc Torres M , Rural Sales Promoter
Sra Liliana Medina Ayala, Reproductive Health Promoter
Lic Laticia Lizzett Lanza, Professional Nurse, Juticalpa Clinic

Academy for Educational Development

Lic Orlando Hernandez, Advisor

98

PRODIM

Dr Sadith Cacues Executive Director

SOMARC

Lic Juan Carlos Negrette, Regional Manager, Latin America/Caribbean

APÉNDICE D

- D-1 Tablas sobre uso de anticonceptivos
- D-2 Logro de puntos de referencia de ASHONPLAFA, 1997
- D-3 Análisis de autofinanciamiento de ASHONPLAFA, 1995-1997
- D-4 Análisis de autofinanciamiento de ASHONPLAFA, primer trimestre de 1997
- D-5 Ingresos y costos por estrategias de planificación familiar y servicios diversificados, primer trimestre de 1997 y 1998
- D-6 Servicios de ASHONPLAFA por región
- D-7 Logro de ASHONPLAFA en cuanto a los APP's por programa y clínica, primer trimestre de 1997 y 1998
- D-8 Logro de ASHONPLAFA en cuanto al primer trimestre de 1998
- D-9 Logro de ASHONPLAFA en cuanto a los servicios (en unidades), primer trimestre de 1998

D-1 Contraceptive Prevalence Tables

Table A 1 1 Current Use of Contraception (PF 15 B)					
	1981	1984	1987	1991 92	1996
All methods	26 8%	34 9%	40 6%	46 7%	50 0%
Modern methods	22 4%	29 5%	32 1%	33 6%	39 7%

Table A-1 2 Ever and Current Use of Contraception by Method (PF 13 and 14A)							
	F Ster	M Ster	Orals	IUD	Injection	Condom	Other
Ever use	18 1%	0 1%	42 1%	18 7%	4 6%	18 4%	
Current use	18 1%	0 1%	8 5%	9 9%	1 1%	32 0%	10 1%

Table A 1 3 Current Use of Contraception by Age Group (PF 16)						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
All methods	27 6%	39 4%	54 2%	57 8%	58 0%	55 5%
Modern methods	15 8%	29 5%	41 5%	41 4%	48 2%	44 8%

Table A 1 4 Current Use of Contraception by No Living Children (PF 17A)						
	0	1	2	3	4-5	6+
All methods	11 6%	43 0%	53 8%	64 2%	60 2%	43 2%
Modern methods	8 2%	29 8%	40 1%	54 2%	52 9%	31 8%

Table A-1 5 Current Use of Contraception by Religion (Table PF 21B)			
	Catholic	Protestant	None
All methods	49 1%	52 9%	48 6%
Modern methods	38 5%	42 2%	39 5%

Table A-1 6 Current Use of Contraception by Religiosity (Table PF 21C)				
	Very Religious	Little	Not	
All methods	50 5%	51 9%	49 2%	49 7%
Modern methods	37 8%	40 3%	38 9%	41 2%

Table A-1 7 Current Use of Contraception by Years of Education (Table PF 19A)				
	0	1-3	4-6	7+
All methods	34 8%	42 7%	52 5%	64 3%
Modern methods	25 4%	32 4%	43 4%	51 2%

Table A 1 8 Current Use of Contraception by Socioeconomic Level (Table PF 20)			
	Low	Middle	High
All methods	35 2%	60 6%	67 8%
Modern methods	25 2%	50 8%	55 8%

Table A 1 9 Current Use of Contraception by Area of Residence (Table PF 15A)			
	TGU/SPS Other	Urbar	Rural
All methods	66 9%	57 2%	40 4%
Modern methods	57 7%	46 5%	29 9%

Table A 1 10 Current Use of Contraception by Source of Method (Table PF 31A)					
	All Public	Hosp MOH	CESAMO	CESAR	Hosp IHSS
Modern methods	34 8%	14 6%	10 3%	2 1%	7 8%

Table A-1 11 Current Use of Contraception by Source of Method (Table PF 31A)							
	All Private	Pharm	Med/Clinic	AHFP Clin	AHFP Post	Other	Unknown
Modern methods	65 3%	13 0%	11 8%	26 8%	10 2%	2 6%	0 9%

D-2 ASHONPLAFA Benchmark Achievement 1997

1 Improved Medical/Clinical Service Delivery	Status
QA system established in any new service before such a service is initiated	Met
Exit interviews indicate that 95% of family planning users are satisfied with services received	Met
Rural brigades completed in rural areas of Copan	Met
Men's services offered in at least two regions other than Tegucigalpa and San Pedro Sula (Choluteca and Danli)	Met
Satellite clinics opened in small cities (Progreso and La Entrada)	Met
Total CYPs provided by MCP at the same level provided in 1995	Fell short
New users of non-family planning services increased by 10%	Exceeded
Male VSC increased by 200%	Fell short
Pricing policy maintained throughout 1997 to keep up with inflation	Met
All clinics will generate at least 85% of their projected income for the year	Met
By mid-1997, reduce hours, stop payments to or close those clinics not operating with at least 25% self-sufficiency	Met
Family clinics opened in at least two regions (5 regions)	Met
Two clinics initiated in existing facilities using contracted personnel with incentive plans (5 clinics)	Met
2 Accessible, High Quality, Self-Financing Social marketing Program	
Program is 110% self-sufficient	Fell short
Pricing policy maintained throughout 1997 to keep up with inflation	Met
SMP generating at least 85% of its projected income for the year	Met
SMP products accessible to low and middle-income clients in 95% of pharmacies	Met
Assessment of potential distributors other than MANDOFER	Met
Increased percentage of women and men knowledgeable about the contraceptive purchased	Met
Increased customer satisfaction with product and purchase of product	Met
Volume of sales likely to continue to be flat for orals	Met
Sales of Piel increased by 300% over 1996 level (not yet launched)	Fell short
3 Focused, high-quality Community Service Program	
Pricing policy maintains costs of one cycle of oral contraceptives and condoms at not more than 1% of minimum wage per region	Met
Recruitment and training of 20 <i>consejeros</i> and subsequent opening of CSP posts in rural and underserved areas of selected departments	Met
Recruitment and training of 10 <i>consejeros</i> and subsequent opening of CSP posts in periurban areas where pharmacies are not available	Met
Completion of baseline quality of care and client satisfaction studies	Met

102

EOP targets set	
Recommendations from the needs assessment of the CSP implemented in all six regions	Fell short
Restructured <i>consejera</i> training program in place	Fell short
Total CYP maintained at 1995 levels	Met
Total CYPs increased by 5% in periurban and urban areas, and by 8% in Regions 5 and 6	Met in periurban and urban areas and fell short in regions 5 and 6
CSP generates at least 85% of its projected annual income	Met
Real prices of CSP contraceptives maintained	
Posts in urban, periurban and rural areas with low CYP productivity will be closes	Met
4 Effective Information, Education and Communication (IEC)	
One national reproductive health campaign (with male component) completed	Fell short
One national image campaign completed	Fell short
5 Effective Support Systems at Headquarters and Regions	
HRM plan completely implemented by end of 1997	Met
By end of Year 2, incentive plans for clinics and for social marketing, administration and community services will be initiated	Met
ASHONPLAFA assumes responsibility for 52% of the salary and benefits line items	Met
MIS will continue to present timely, accurate, reliable and relevant data to ASHONPLAFA relevant users	Met
MIS incorporates Quality Assurance standards, procedures and techniques for the MCP and CSP	Met
Finance Department continues to send out individual program and clinic monthly budget variance reports and comparative reports	Met
ASHONPLAFA 48% self-sufficient by end of 1997	Met
At least 80% of all warehouse and distribution points at the regional and clinical level will have 80% of commodities at minimum stocking levels through the year	Met
Statistics Department has incorporated programmatic statistics into database	Met
Statistics Department producing bulletins on a quarterly semi-annual and annual basis	Met
Research Department completes 4 to 6 special purpose studies and contracts out 2 to 4 special purpose studies and one OR study	Met
Evaluation unit completes quality and client satisfaction CSP baseline study	Met

D-3 ASHONPLAFA Self-Financing Analysis 1995-1997

PROGRAMS	1995			1996			1997		
	INCOME FOR THE PERIOD	EXPENSES & DIRECT COSTS	PERCENT SELF FINANCING	INCOME FOR THE PERIOD	EXPENSES & DIRECT COSTS	PERCENT SELF FINANCING	INCOME FOR THE PERIOD	EXPENSES & DIRECT COSTS	PERCENT SELF FINANCING
MEDICAL/CLINICAL SERVICES									
TEGUCIGALPA	1 062 690	2 275 537	46 70%	1 657 356	2 788 290	59 44%	3 177 118	3 673 492	86 49%
SAN PEDRO SULA	840 486	1 365 180	61 57%	1 419 954	1 804 638	78 68%	2 842 036	3 747 926	75 83%
CHOLUTECA	381 733	583 921	65 37%	425 864	822 135	51 80%	737 444	934 429	78 92%
LA CEIBA	479 264	772 186	62 07%	700 760	1 049 359	66 78%	1 092 588	1 372 805	79 59%
SANTA ROSA DE COPAN	290 407	620 881	46 77%	451 646	859 454	52 55%	874 617	1 242 006	70 42%
JUTICALPA	203 954	387 633	52 62%	283 149	589 732	48 01%	326 697	378 399	86 34%
TOTAL	3 258 534	6 005 338	54 26%	4 938 729	7 913 609	62 41%	9 050 500	11 349 057	79 75%
COMMUNITY SERVICES									
TEGUCIGALPA	871 311	1 397 278	62 36%	1 098 976	1 179 430	93 18%	1 518 565	1 194 971	127 08%
SAN PEDRO SULA	686 691	1 021 570	67 22%	1 033 031	1 122 572	92 02%	1 317 831	1 203 976	109 46%
CHOLUTECA	282 021	387 834	72 72%	375 021	398 753	94 05%	470 603	383 633	122 67%
LA CEIBA	548 862	718 742	76 36%	788 980	827 323	95 37%	927 535	754 355	122 96%
SANTA ROSA DE COPAN	284 773	478 723	59 49%	418 499	579 664	72 20%	530 209	614 917	86 22%
JUTICALPA	167 478	294 050	56 96%	217,143	272 496	79 69%	275 092	281 565	97 70%
TOTAL	2 841 136	4 298 197	66 10%	3,931 650	4 380 239	89 76%	5 039 835	4 433 417	113 68%
SOCIAL MARKETING									
CENTRAL ADMINISTRATION	1 951 972	1 786 250	109 28%	2 012 455	2 082 952	96 62%	1 628 984	2 335 194	69 76%
TOTAL	1 951 972	1 786,250	109 28%	2,012 455	2,082 952	96 62%	1 628 984	2 335 194	69 76%
SUPPORT PROGRAMS									
CENTRAL REGION	2 053	5 666 843	0 04%	0	6 617 214	0 00%	32 829	6 936 410	0 47%
TEGUCIGALPA	18 550	1 090 530	1 70%	30 953	174 673	17 72%	83 998	1 484 232	5 66%
SAN PEDRO SULA	579	613 303	0 09%	18 911	150 091	12 60%	25 208	1 151 110	2 19%
CHOLUTECA	83	192 384	0 04%	5 785	40 888	14 15%	4 150	281 593	1 47%
LA CEIBA	2 491	412 295	0 60%	16 125	47 926	33 65%	750	478 210	0 16%
SANTA ROSA DE COPAN	3 903	321 777	1 21%	11,038	54,177	20 37%	8 565	387 126	2 21%
JUTICALPA	1 737	362 621	0 48%	2 332	34 665	6 73%	0	113 031	0 00%
TOTAL	29 396	8 659 753	0 34%	85 144	7 119 634	1 20%	155 500	10 831 712	1 44%

521

D-4 ASHONPLAFA Self-Financing Analysis, First Quarter 1997

Medical Clinical Program										
PROGRAMS CLINICS AND REGIONS	INCOME	EXPENSES AND DIRECT COSTS	PROFIT/ (LOSS)	PERCENT DISTRIBUTION BY REGION	PERCENT DISTRIBUTION BY GROUP	PERCENT DISTRIBUTION OF INCOME	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT SELF FINANCING	PERCENT DISTRIBUTION SELF FINANCING
CENTRAL ADMINISTRATION										
REGION I										
Teguicigalpa	849,218	835,946	13,272	84.37%	28.80%	13.60%	32.24%	10.12%	101.59%	10.28%
Danli	86,262	39,078	47,184	8.57%	2.93%	1.38%	1.51%	0.47%	220.74%	1.04%
Comayagua	71,032	41,211	29,821	7.06%	2.41%	1.14%	1.59%	0.50%	172.36%	0.86%
TOTAL REGION	1,006,512	916,235	90,277	100.00%	34.13%	16.11%	35.34%	11.09%	109.85%	12.18%
REGION II										
San Pedro Sula	820,721	691,879	128,842	86.95%	27.83%	13.14%	26.69%	8.37%	118.62%	9.93%
Fuente Cortes	57,290	36,539	20,751	6.07%	1.94%	0.92%	1.41%	0.44%	156.79%	0.69%
El Progreso	65,912	51,078	14,834	6.98%	2.24%	1.06%	1.97%	0.62%	179.04%	0.80%
TOTAL REGION	943,923	779,496	164,427	100.00%	32.01%	15.11%	30.07%	9.43%	121.09%	11.42%
REGION III										
Choluteca	220,329	198,655	21,674	100.00%	7.47%	3.53%	7.66%	2.40%	110.91%	2.67%
REGION IV										
La Ceiba	279,545	268,145	11,400	82.08%	9.48%	4.48%	10.34%	3.24%	104.25%	3.38%
Tocoa	61,047	45,695	15,352	17.92%	2.07%	0.98%	1.76%	0.55%	133.60%	0.74%
TOTAL REGION	340,592	313,840	26,752	100.00%	11.55%	5.45%	12.11%	3.80%	108.52%	4.12%
REGION V										
Santa Rosa de Copan	226,296	231,441	(5,145)	70.33%	7.67%	3.62%	8.93%	2.80%	97.78%	2.74%
La Entrada	52,356	35,589	16,767	16.27%	1.78%	0.84%	1.37%	0.43%	147.11%	0.63%
Santa Barbara	43,125	35,373	7,752	13.40%	1.46%	0.69%	1.36%	0.43%	121.92%	0.52%
TOTAL REGION	321,777	302,403	19,374	100.00%	10.91%	5.15%	11.66%	3.66%	106.41%	3.89%
REGION VI										
Jutiupá	115,924	82,008	33,916	100.00%	3.93%	1.86%	3.16%	0.99%	141.36%	1.40%
TOTAL CLINICS	2,949,057	2,592,637	356,420	100.00%	100%	47.22%	100.00%	31.37%	113.75%	35.68%
COMMUNITY SERVICES										
REGION I	240,186	265,855	(25,669)	18.47%	18.47%	3.85%	27.38%	3.22%	90.34%	2.91%
REGION II	356,884	240,951	115,933	27.45%	27.45%	5.71%	24.82%	2.92%	148.11%	4.32%
REGION III	96,180	77,307	18,873	7.40%	7.40%	1.54%	7.96%	0.94%	124.41%	1.16%
REGION IV	336,037	182,713	153,324	25.85%	25.85%	5.38%	18.82%	2.21%	183.92%	4.07%
REGION V	185,193	143,631	41,562	14.24%	14.24%	2.97%	14.79%	1.74%	128.94%	2.24%
REGION VI	85,676	60,382	25,294	6.59%	6.59%	1.37%	6.22%	0.73%	141.89%	1.04%
TOTAL PROGRAM	1,300,156	970,839	329,317	100.00%	100.00%	20.82%	100.00%	11.75%	133.92%	15.73%
SOCIAL MARKETING										
CENTRAL ADMINISTRATION	1,577,223	866,775	710,448	100.00%	100.00%	25.25%	100.00%	10.49%	181.96%	19.08%
TOTAL	1,577,223	866,775	710,448	100.00%	100.00%	25.25%	100.00%	10.49%	181.96%	19.08%
TOTAL SERVICE PROGRAMS	5,828,436	4,430,251	1,398,185	100.00%	100.00%	93.28%	100.00%	53.61%	131.51%	70.50%

PROGRAMS	1995			1996			1997		
	INCOME FOR THE PERIOD	EXPENSES & DIRECT COSTS	PERCENT SELF FINANCING	INCOME FOR THE PERIOD	EXPENSES & DIRECT COSTS	PERCENT SELF FINANCING	INCOME FOR THE PERIOD	EXPENSES & DIRECT COSTS	PERCENT SELF FINANCING

ADMINISTRATION

CENTRAL REGION	906 454	5 977 605	15 16%	688 625	3 252 419	21 17%	2 559 504	5 424 924	47 18%
TEGUCIGALPA	0	0	0 00%	86 520	820 623	10 54%	16 617	132 153	12 57%
SAN PEDRO SULA	17 043	958 089	1 78%	14 661	705 136	2 08%	22 591	1 200 372	1 88%
CHOLUTECA	511	482 954	0 11%	610	358 739	0 17%	1 872	406 188	0 46%
LA CEIBA	1 030	476 375	0 22%	3 559	384 330	0 93%	5 469	467 219	1 17%
SANTA ROSA DE COPAN	6 120	401 330	1 52%	10 977	310 636	3 53%	7 250	421 401	1 72%
JUTICALPA	2 626	379 470	0 69%	4 139	300 536	1 38%	15 319	276 376	5 54%
TOTAL	933 784	8 675 823	10 76%	809 091	6 132 419	13 19%	2 628 622	8 328 633	31 56%

TOTAL PROGRAMS AND CLINICS

CENTRAL REGION	2 860 479	13 430 698	21 30%	2 701 080	11 952 585	22 60%	4 221 317	14 696 528	28 72%
TEGUCIGALPA	1 952 551	4 763 345	40 99%	2 873 805	4 963 015	57 90%	4 796 298	6 484 848	73 96%
SAN PEDRO SULA	1 544 799	3 958 142	39 03%	2 486 557	3 782 437	65 74%	4 207 666	7 303 384	57 61%
CHOLUTECA	664 348	1 647 093	40 33%	807 280	1 620 515	49 82%	1 214 069	2 005 843	60 53%
LA CEIBA	1 031 647	2 379 598	43 35%	1,509 424	2 308 938	65 37%	2 026 342	3 072 589	65 95%
SANTA ROSA DE COPAN	585 203	1 822 711	32 11%	892,160	1 803 932	49 46%	1 420 641	2 665 450	53 30%
JUTICALPA	375 795	1 423 774	26 39%	506 763	1 197 429	42 32%	617 108	1 049 371	58 81%
TOTAL	9 014 822	29 425,361	30 64%	11,777 069	27 628 852	42 63%	18 503 441	37 278 013	49 64%

100

SUMMARY SERVICE PROGRAMS										
PROGRAMS CLINICS AND REGIONS	INCOME	EXPENSES AND DIRECT COSTS	PROFIT/ (LOSS)	PERCENT DISTRIBUTION BY REGION	PERCENT DISTRIBUTION BY GROUP	PERCENT DISTRIBUTION OF INCOME	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT SELF FINANCING	PERCENT DISTRIBUTION SELF FINANCING
REGION III	316 509	275 962	40 547	18 60%	18 60%	5 07%	20 28%	3 34%	114 69%	3 83%
REGION IV	676 629	496 553	180 076	39 76%	39 76%	10 83%	36 49%	6 01%	136 27%	8 19%
REGION V	506 970	446 034	60 936	29 79%	29 79%	8 12%	32 77%	5 40%	113 66%	6 13%
REGION VI	201 600	142 390	59 210	11 85%	11 85%	3 23%	10 46%	1 72%	141 58%	2 44%
TOTAL SERVICE PROGRAMS	1 701 708	1 360 939	340 769	100 00%	100 00%	27 24%	100 00%	16 47%	125 04%	20 59%
SUPPORT PROGRAMS										
CENTRAL ADMINISTRATION	22 276	990 915	(968 639)	100 00%	27 52%	0 36%	100 00%	11 99%	2 25%	0 27%
REGION I										
Tegucigalpa	51 506	287 329	(235 823)	100 00%	63 63%	0 82%	16 61%	3 48%	17 93%	0 62%
Danli	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
Comayagua	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	51 506	287 329	(235 823)	100 00%	63 63%	0 82%	16 61%	3 48%	17 93%	0 62%
REGION II										
San Pedro Sula	1 049	183 817	(182 768)	100 00%	1 30%	0 02%	10 62%	2 22%	0 57%	0 01%
Puerto Cortes	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
El Progreso	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	1 049	183 817	(182 768)	100 00%	1 30%	0 02%	10 62%	2 22%	0 57%	0 01%
REGION III										
Choluteca	3 450	55 869	(52 419)	100 00%	4 26%	0 06%	3 23%	0 68%	6 18%	0 04%
TOTAL REGION	3 450	55 869	(52 419)	100 00%	4 26%	0 06%	3 23%	0 68%	6 18%	0 04%
REGION IV										
La Ceiba	1 240	114 456	(113 216)	100 00%	1 53%	0 02%	6 62%	1 38%	1 08%	0 02%
Tocoa	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	1 240	114 456	(113 216)	100 00%	1 53%	0 02%	6 62%	1 38%	1 08%	0 02%
REGION V										
Santa Rosa de Copan	1 420	82 762	(81 342)	100 00%	1 75%	0 02%	4 78%	1 00%	1 72%	0 02%
La Entrada	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
Santa Barbara	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	1 420	82 762	(81 342)	100 00%	1 75%	0 02%	4 78%	1 00%	1 72%	0 02%
REGION VI										
Juticalpa	0	14 992	(14 992)	0 00%	0 00%	0 00%	0 87%	0 18%	0 00%	0 00%
TOTAL SUPPORT SERVICES	80 941	1 730 140	(1 649 199)	100 00%	100 00%	1 30%	100 00%	20 93%	4 68%	0 98%

ADMINISTRACION										
PROGRAMS CLINICS AND REGIONS	INCOME	EXPENSES AND DIRECT COSTS	PROFIT/ (LOSS)	PERCENT DISTRIBUTION BY REGION	PERCENT DISTRIBUTION BY GROUP	PERCENT DISTRIBUTION OF INCOME	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT SELF FINANCING	PERCENT DISTRIBUTION SELF FINANCING
CENTRAL ADMINISTRATION	320 516	1 415 127	(1 094 811)	100 00%	94 67%	5 13%	67 26%	17 12%	22 65%	3 88%
REGION I										
Tegucigalpa	0	63 870	(63 870)	0 00%	0 00%	0 00%	3 04%	0 77 %	0 00%	0 00%
Danli	0	0	0	0 00%	0 00 %	0 00%	0 00 %	0 00 %	0 00%	0 00%
Cornayagua	0	0	0	0 00 %	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	0	63 870	(63 870)	0 00%	0 00%	0 00%	3 04%	0 77%	0 00%	0 00%
REGION II										
San Pedro Sula	12 269	240 027	(227 758)	100 00%	3 62%	0 20%	11 41%	2 90 %	5 11%	0 15%
Puerto Cortes	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00 %	0 00 %	0 00 %	0 00%	0 00%
El Progreso	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	12 269	240 027	(227 758)	100 00%	3 62%	0 20%	11 41%	2 90%	5 11%	0 15 %
REGION III										
Choluteca	2 579	111 966	(109 387)	100 00%	0 00%	0 04%	5 32%	1 35%	2 30%	0 03%
REGION IV										
La Ceiba	33	118 603	(118 570)	100 00%	0 01%	0 00%	5 64%	1 44%	0 03 %	0 00%
Tocoa	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	33	118 603	(118 570)	100 00%	0 01%	0 00%	5 64%	1 44%	0 03%	0 00%
REGION V										
Santa Rosa de Copan	893	101 041	(100 148)	100 00%	0 26%	0 01%	4 80%	1 22%	0 88%	0 01%
La Entrada	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
Santa Barbara	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	893	101 041	(100 148)	100 00%	0 26%	0 01%	4 80%	1 22%	0 88%	0 01%
REGION VI										
Juticalpa	2 283	53 348	(51 065)	100 00%	0 67%	0 04%	2 54%	0 65%	4 28%	0 03%
						0 00%	0 00%	0 00%		
TOTAL	338 573	2 103 982	(1 765 409)	100 00%	100 00%	5 42%	100 00%	25 46%	16 09%	4 10%

SUMMARY SUPPORT AND ADMINISTRATION

PROGRAMS CLINICS AND REGIONS	INCOME	EXPENSES AND DIRECT COSTS	PROFIT/ (LOSS)	PERCENT DISTRIBUTION BY REGION	PERCENT DISTRIBUTION BY GROUP	PERCENT DISTRIBUTION OF INCOME	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT SELF FINANCING	PERCENT DISTRIBUTION SELF FINANCING
CENTRAL ADMINISTRATION	342 792	2 406 042	(2 083 250)	100 00%	81 71%	5 49%	62 75%	29 11%	14 25%	4 15%
REGION I										
Tegucigalpa	51 506	351 199	(299 693)	100 00%	12 28%	0 82%	9 16%	4 25%	14 67%	0 62%
Danli	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
Comayagua	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	51 506	351 199	(299 693)	100 00%	12 28%	0 82%	9 16%	4 25%	14 67%	0 62%
REGION II										
San Pedro Sula	13 318	423 844	(410 526)	100 00%	3 17%	0 21%	11 05%	5 13%	3 14%	0 16%
Puerto Cortes	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
El Progreso	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	13 318	423 844	(410 526)	25 86%	3 17%	0 21%	11 05%	5 13%	3 14%	0 16%
REGION III										
Choluteca	6 029	167 835	(161 806)	100 00%	1 44%	0 10%	4 38%	2 03%	3 59%	0 07%
REGION IV										
La Ceiba	1 273	233 059	(231 786)	100 00%	0 30%	0 02%	6 08%	2 82%	0 55%	0 02%
Tocoa	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	1 273	233 059	(231 786)	100 00%	0 30%	0 02%	6 08%	2 82%	0 55%	0 02%
REGION V										
Santa Rosa de Copan	2 313	183 803	(181 490)	100 00%	0 55%	0 04%	4 79%	2 22%	1 26%	0 03%
La Entrada	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
Santa Barbara	0	0	0	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%	0 00%
TOTAL REGION	2 313	183 803	(181 490)	100 00%	0 55%	0 04%	4 79%	2 22%	1 26%	0 03%
REGION VI										
Juticalpa	2 283	68 340	(66 057)	100 00%	0 54%	0 04%	1 78%	0 83%	3 34%	0 03%
TOTAL ADMINISTRATION AND SUPPORT	419 514	3 834 122	(3 414 608)	100 00%	100 00%	6 72%	100 00%	46 39%	10 94%	5 08%

TOTAL PROGRAMS AND REGIONS										
PROGRAMS CLINICS AND REGIONS	INCOME	EXPENSES AND DIRECT COSTS	PROFIT/ (LOSS)	PERCENT DISTRIBUTION BY REGION	PERCENT DISTRIBUTION BY GROUP	PERCENT DISTRIBUTION OF INCOME	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT DISTRIBUTION OF COSTS	PERCENT SELF FINANCING	PERCENT DISTRIBUTION SELF FINANCING
CENTRAL ADMINISTRATION	1 920 015	3 272 817	(1 352 802)	100 00%	100 00%	30 74%	100 00%	39 60%	58 67%	23 23%
REGION I										
Tegucigalpa	1 140 910	1 453 000	(312 090)	87 88%	87 88%	18 27%	94 76%	17 58%	78 52 %	13 81%
Danli	86 262	39 078	47 184	6 64%	6 64%	1 38%	2 55%	0 47%	220 74 %	1 04 %
Comayagua	71,032	41,211	29,821	5 47%	5 47%	1 14%	2 69%	0 50%	172 36%	0 86%
TOTAL REGION	1 298 204	1 533 289	(235 085)	100 00%	100 00%	20 78%	100 00%	18 55%	84 67%	15 71%
REGION II										
San Pedro Sula	1 190 923	1 356 674	(165 751)	90 62%	90 62%	19 07 %	93 93%	18 42%	87 78%	14 41%
Puerto Cortes	57 290	36 539	20 751	4 36%	4 36 %	0 92%	2 53%	0 44 /	156 79 %	0 69 %
El Progreso	65 912	51,078	14 834	5 02%	5 02%	1 06%	3 54%	0 62 %	129 04%	0 80%
TOTAL REGION	1 314 125	1 444 291	(130 166)	100 00%	100 00%	21 04%	100 00%	17 48%	90 99%	15 90%
REGION III										
Choluteca	322,538	443,797	(121,259)	100 00%	100 00%	5 16%	100 00%	5 37 %	72 68%	3 90%
REGION IV										
La Ceiba	616 855	683 917	(67 062)	90 99%	90 99%	9 88%	93 74%	8 28 %	90 19%	7 46%
Tocoa	61,047	45,695	15,352	9 01%	9 01%	0 98%	6 26%	0 55%	133 60%	0 74%
TOTAL REGION	677 902	729 612	(51 710)	100 00%	100 00%	10 85%	100 00%	8 83%	92 91%	8 20%
REGION V										
Santa Rosa de Copan	413 802	558 875	(145 073)	81 25%	81 25%	6 63%	88 73%	6 76%	74 04%	5 01 %
La Entrada	52 356	35 589	16 767	10 28%	10 28%	0 84%	5 65%	0 43%	147 11%	0 63%
Santa Barbara	43 125	35,373	7,752	8 4 /%	8 47%	0 69%	5 62%	0 43%	121 92%	0 52%
TOTAL REGION	509 283	629 837	(120 554)	100 00%	100 00%	8 15%	100 00%	7 62%	80 86 %	6 16%
REGION VI										
Juticalpa	203,883	210,730	(6 847)	100 00%	100 00%	3 26%	100 00 %	2 55%	96 75%	2 47%
TOTAL	6 245 950	8 264 373	(2 018 423)	100 00%	100 00%	100 00%	100 00%	100 00 /	75 58%	75 58%

D-5 Income and Costs by Family Planning and Diversified Service Strategies
First Quarters 1997 and 1998

STRATEGIES	1st Quarter 1997				1st Quarter 1998			
	Income	Expenses	Profit/(Loss)	Self-financing	Income	Expenses	Profit/(Loss)	Self-financing
FAMILY PLANNING								
Surgery	249 356	312,204	(62,848)	79 9%	308 753	549 714	(240 961)	56 2%
Permanent Method Consultations	28 675	8,810	19,865	325 5%	29 812	165 749	(135 937)	18 0%
Temporary Method Consultations	232 077	6,900	225 177	3363 4%	391 057		391 057	#DIV/0!
Community Services Program	1 356 558	819 215	537 343	165 6%	1 300 156	1 038 986	261 170	125 1%
Social Marketing Program	332 932	253 144	79 788	131 5%	1 577 223	866 775	710 448	182 0%
Contraceptive Sales	141 428	30 721	110 707	460 4%	151 534	46 172	105 362	328 2%
TOTAL	2 341 026	1 430 994	910 032	163 6%	3 758 535	2 667 396	1 091 139	140 9%
DIVERSIFIED SERVICES								
Surgery	46 441	1 000	45 441	4644 1%	39 299	6 918	32 381	568 1%
Consultations	313 244	62 490	250 754	501 3%	660 928	442 443	218 485	149 4%
Sales of Medicines	279 392	125 550	153 842	222 5%	485 003	304 554	180 449	159 3%
Cytology Examinations	502,299	107,203	395,096	468 5%	633 184	193 230	439 954	327 7%
Other Clinic Laboratory Examinations	164 010	52 492	111 518	312 4%	234 000	95 226	138 774	245 7%
Sales of Other Products	1 309		1 309	#DIV/0!	4 008		4 008	#DIV/0!
TOTAL	1 306 695	348 735	957 960	374 7%	2 056 422	1 042 371	1 014 051	197 3%

D-6 ASHONPLAFA Services by Region

Type of Structure	Regions						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Regional Centers	1	1	1	1	1	1	6
Surgical Units	1	1	1	1	1		5
Gynecology Clinics	1	1	1	1	1		5
Family Clinics	3	1	1	1	2	1	9
Laboratory Clinics	1	1					2
Laboratory Cytologies	1	1					2
Coloscopy	1	1	1	1	1		5
Ultrasound	1	1	1				3
Criosurgery	1	1	1	1	1		5
Electrcauterization	1	1	1	1	1	1	6
Family Planning Posts	380	383	181	317	258	137	1656
Social Marketing Posts (Pharmacies)	200	120	25	35	6	22	408
Public Libraries	1	1					2
Family Planning Clinics	3	3	1	2	3	1	13
Dentistry Clinics	1	1					2
Pediatric Clinics	1	1					2
Laparoscopy	1	1	1	1	1		5
Private Clinics	3	1		2	1		7

112

D-7 ASHONPLAFA CYP Achievement by Program and Clinic, First Quarters,
1997 and 1998

Clinic	Medical/ Clinic Services	Community Services	Social Marketing	1st Qtr 1998	1st Qtr 1997	Absolute Difference	Percent Difference
Tegucigalpa	5 154	2 595	10 052	17 801	9 065	8 736	96%
Danli	300			300	268	32	12%
Comayagua	250			250	179	71	40%
San Pedro Sula	5 831	2 278		8 109	6 661	1 448	22%
Puerto Cortes	162			162	160	2	1%
Progreso	163			163	145	18	12%
Choluteca	1 265	768		2 033	2 089	(56)	-3%
La Ceiba	1 631	1 790		3 421	3 077	344	11%
Tocoa	177			177	212	(35)	-17%
Santa Rosa de Copan	981	1 031		2 012	2 290	(278)	-12%
Santa Barbara	280			280	153	127	83%
La Entrada	122			122	60	62	103%
Juticalpa	527	590		1 117	764	353	46%
Private Clinics	6 950			6 950	5 210	1 740	33%
Total	23 793	9 052	10 052	42 897	30 333	12 564	41%

D-8 ASHONPLAFA CYP Achievement First Quarter 1998

Programs	Annual Goal 1998	1st Quarter Goal	1st Quarter Achievement	Percent of 1st Qtr Goal	Goal Next Quarter
Medical/Clinical	129 374	32 340	23 793	73 6%	41 162
CYP, Tubectomy	95 050	23 763	16 310	68 6%	31 216
CYP Vasectomy	1 160	290	250	86 2%	330
CYP, Condom	85	21	41	195 2%	21
CYP, IUD	32 778	8 194	6 867	83 8%	9 523
CYP, Oral	286	72	230	319 4%	72
CYP, Vaginal	15	-	-		-
CYP, Injections			95		
Community Services	50 695	8 423	9 052	107 5%	8 423
CYP, Orals	46 052	7 675	8 054	104 9%	7 675
CYP, Condoms	4 490	748	812	108 6%	748
CYP, Vaginal	153	-	-		-
CYP, IUD	-	-	186		-
Social Marketing	27 426	6 857	10 052	146 6%	6 857
CYP, Orals	20 006	5 002	7 240	144 7%	5 002
CYP, Condoms	7 420	1 855	2 812	151 6%	1 855
Total	207 495	47 620	42 897	90 1%	56 442

Note There are no goals for vaginal contraceptives (nor for injectables)

D-9 ASHONPLAFA Service Achievement (in units), First Quarter 1998

Programs	Annual Goal 1998	1st Quarter Goal	1st Quarter Achievement	Percent of 1st Qtr Goal	Goal Next Quarter
Medical/Clinical					
Sterilizations	9 621	2 405	1 656	68 9%	3 154
Female	9 605	2 376	1 631	68 6%	3 121
Male	116	29	25	86 2%	33
IUD Insertions	9 365	2 341	1 765	75 4%	2 917
IUD Revisits	30 951	7 738	5 392	69 7%	10 084
Diversified Services					
53 949	13 487	8 132	60 3%	18 842	
Laboratory Exams					
Cytologies	56 189	14 047	14 334	12 0%	14 047
Clinical Laboratory	21 706	5 427	4 488	82 7%	6 366
Other Activities					
Diagnostic Laporoscope	336	84	23	27 4%	145
Coloscopy	460	115	127	110 4%	115
Ultrasound	1 248	312	202	64 7%	422
Cnotherapy	143	36	11	30 6%	61
Biopsies	90	23	49	213 0%	23
Cauterizations	100	25	55	220 0%	25
Clinic Sales					
Orals	4 288	1 072	3 452	322 1%	1 072
IUDs	9 365	2 341	1 962	83 8%	2 720
Condoms	10 189	2 547	4 905	192 6%	2 547
Vaginals	87	-	-	-	-
Injections	-	-	380	-	-
Community Services					
Orals	690 787	115 131	120 802	104 9%	115 131
Condoms	538 860	89 810	97 432	108 5%	89 810
Vaginals	918	-	-	-	-
IUDs			53		
FP Posts			1 639		
Social Marketing					
Piel	140 200	35 050	-	0 0%	70 100
Duofen	300 096	75 024	108 600	144 8%	75 024
Norminest					
Perla					
Guardian	750 200	187 550	337 536	180 0%	187 550

Note: There are no goals for vaginal contraceptives (nor for injectables)

115